RAPPORT ANNUEL 1986-1987

Une présence assurée sur le chemin de la santé

Québec

RAPPORT ANNUEL 1986-1987

Régie de
l'assurance-maladie
du Québec

Publié par le service des Communications
de la Régie de l'assurance-maladie du Québec

Coordination de la rédaction
Marie Pfalzgraf

Graphisme
Yolande Chatillon

Coordination de la production
Carole Doyon

Composition typographique
Caractéra

Impression
Régie de l'assurance-maladie

Dépôt légal — 2e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-550-17528-X
ISSN 0225-8560

Régie de
l'assurance-maladie
du Québec
Bureau du Président

Madame Thérèse Lavoie-Roux
Ministre de la Santé et des
Services sociaux
Gouvernement du Québec

Madame la Ministre,

Je vous soumets le rapport annuel de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 1987.

Ce rapport a été préparé conformément aux dispositions de l'article 25 de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Veuillez croire, Madame la Ministre, en l'assurance de mon dévouement.

Le président,

J.-Auguste Mockle

Sillery, le 16 juin 1987

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des
Services sociaux
Cabinet du Ministre

Monsieur Pierre Lorrain
Président de l'Assemblée nationale
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 1987.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La ministre de la Santé et des Services sociaux,

Thérèse Lavoie-Roux

Québec, le 17 juin 1987

TABLE DES MATIÈRES

Message du président 5

Chapitre 1
LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE 7

1.1 Le statut juridique de la Régie 7
1.2 Le rôle et les fonctions de la Régie 8
1.3 Le Conseil d'administration 9
1.4 Le Comité de vérification 9

Chapitre 2
LES DONNÉES FINANCIÈRES 11

2.1 Les sources de financement de la Régie 11
2.2 Les états financiers 14
2.3 Le coût des programmes 19
2.4 Les frais d'administration 24

Chapitre 3
L'ADMINISTRATION 25

3.1 L'organisation 25
3.1.1 La structure administrative 25
3.1.2 Les comités constitués par le président-directeur général 29
3.1.3 L'effectif 30
3.2 La gestion 31
3.2.1 Les unités de gestion des programmes 31
- La direction du Développement administratif des programmes 31
- La direction de l'Administration des programmes 34
- La direction du Contrôle des programmes 42

3.2.2 Les unités de gestion des ressources 44
- La direction des Ressources humaines 44
- La direction des Ressources financières et matérielles 46
- La direction des Systèmes 47

3.2.3 Les unités de support 48
- La direction du Contentieux et du Secrétariat 48
- La direction de la Planification stratégique 49
- Le service des Communications 49
- Le service de l'Évaluation des systèmes de gestion 50

3.2.4 La performance 50
3.3 Le plan d'action 1986-1989 52

Annexe 1 Description sommaire des programmes 55
Annexe 2 L'admissibilité au régime 62
Annexe 3 Les ententes avec les professionnels de la santé 63
Annexe 4 Les mécanismes de contrôle 65

Message du Président

Le dix-huitième rapport annuel, tout comme les précédents, comporte des renseignements sur le rôle de la Régie et son organisation, sur les données financières relatives aux programmes et aux frais d'administration ainsi que sur les principales activités de l'exercice 1986-1987.

Une description des programmes, des conditions d'admissibilité au régime, des ententes avec les professionnels de la santé et des mécanismes de contrôle apparaît en annexe.

Les faits saillants de l'exercice financier 1986-1987 sont les suivants:

Sur le plan financier

- *Le coût des programmes s'est accru de 145 605 000 $ par rapport à 1985-1986, soit une augmentation de 7,7%.*

  Les services médicaux ont augmenté de 6,9%, les services optométriques de 9,6%, les services dentaires de 2,4%, les médicaments et services pharmaceutiques de 12,5%, les prothèses de 15,2% et les services hospitaliers de 7,9%.

  Les montants consacrés aux bourses d'études et aux bourses de recherche ont augmenté respectivement de 13,7% et 10,2%. Pour la première fois, la Régie a assumé le remboursement partiel des primes d'assurance-responsabilité; une somme d'un peu plus de 3 000 000 $ a été versée à ce titre. Quant aux mesures incitatives, leur coût global est de 3 539 000 $, soit une augmentation de 35,2%.

- *Les frais d'administration, incluant les crédits de 2 700 000 $ affectés à la réalisation du plan de développement informatique, s'élèvent à 57 743 000 $; abstraction faite de ces crédits particuliers, tant pour l'exercice 1986-1987 que pour celui de 1985-1986, les frais d'administration présentent une augmentation de 1,3% seulement par rapport à ceux du précédent exercice financier; ce résultat reflète des efforts continus de rationalisation des frais d'administration.*

  Par rapport au coût des programmes, les frais d'administration représentent un nouveau minimum de 2,8%.

Sur le plan des programmes

- *La mise en place de plus d'une dizaine de modifications aux lois et règlements, de 14 amendements aux ententes, de deux renouvellements d'ententes (médecins spécialistes et optométristes) et de six accords administratifs.*

Sur le plan administratif

- *Le renforcement de l'obligation pour les bénéficiaires de présenter leur carte d'assurance-maladie lorsqu'ils reçoivent des services assurés.*
- *La modification de l'endos de la carte d'assurance-maladie en vue de permettre le don d'organes à des fins de transplantation.*

- *La poursuite des efforts en matière de développement des ressources humaines, notamment à l'égard des gestionnaires de niveau intermédiaire et des employés ayant à se familiariser avec les nouveaux outils technologiques.*
- *La poursuite des interventions en matière de santé et de sécurité au travail.*
- *La mise en place d'un programme de formation en soutien administratif et en bureautique permettant le recyclage des auxiliaires en informatique.*
- *La poursuite des efforts de développement de la facturation informatisée par la mise au point de deux nouveaux procédés: la télécommunication en mode asynchrone et les disquettes; au 31 mars, le volume des demandes de paiement transmises par facturation informatisée représente 35,5%, par rapport à 32,3% à la fin de l'exercice précédent.*
- *L'expansion de l'utilisation de la bureautique et de la micro-informatique.*
- *Le changement de l'ordinateur central pour un ordinateur deux fois plus puissant, de l'équipement d'emmagasinage de données, de même que le remplacement d'un grand nombre de dérouleurs de rubans magnétiques par des dérouleurs de cassettes.*
- *Le recours à un nouveau mode de financement d'acquisition d'équipements informatiques.*
- *Le renforcement de la sécurité d'accès aux données.*
- *Le remplacement du système téléphonique afin de répondre plus adéquatement aux exigences de la Régie, tout en permettant de rationaliser l'utilisation des appareils.*
- *L'amorce de réalisation du plan triennal d'action 1986-1989; à cet égard, 11 projets ont été menés à terme et 29 étaient en voie de réalisation à la fin de l'exercice.*
- *Une augmentation de la productivité de 6,4% par rapport à 1985-1986.*

Un nouveau membre, le Docteur Raymond Carignan, est entré en fonction le 1er juillet 1986, à titre de vice-président du Conseil d'administration. Par ailleurs, un autre membre, Monsieur Claude Séguin, a démissionné en novembre 1986.

Il m'est agréable de remercier les membres du Conseil d'administration pour leur collaboration soutenue. Je remercie également mes proches collaborateurs et tous les employés de la Régie qui, grâce à leur dynamisme, à leur compétence et à leur intérêt, sont responsables au premier titre de l'excellence des résultats obtenus. Grâce à eux et par eux, les bénéficiaires et les dispensateurs de services assurés ont pu recevoir des services courtois, rapides, efficaces et de qualité. Je leur en suis reconnaissant.

Le président-directeur général,

J.-AUGUSTE MOCKLE

Chapitre 1

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE

1.1 Le statut juridique de la Régie

La Régie a été instituée en 1969 en vue d'administrer le régime d'assurance-maladie. La Régie est une corporation au sens du Code civil ; elle en possède tous les pouvoirs généraux et, en plus, les pouvoirs particuliers que sa loi constitutive lui confère.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable de l'application de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5), à l'exception de certaines sections du chapitre IV sur le financement de la Régie : la section I (contribution), dont l'application est confiée au ministre du Revenu, et les sections II (Fonds des services de santé) et III (Fonds de roulement), au ministre des Finances.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux répond également devant l'Assemblée nationale de l'application de la Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., c. A-29), entrée en vigueur le 1er novembre 1970. À cette fin, il est autorisé par le gouvernement à conclure des ententes avec les organismes représentatifs des professionnels de la santé. La Régie est liée par ces ententes et doit veiller à ce qu'elles soient respectées.

1.2 Le rôle et les fonctions de la Régie

La Régie a été créée pour administrer le régime d'assurance-maladie et tout autre régime ou programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

Au regard de ce mandat, les grandes fonctions de la Régie peuvent se regrouper comme suit :

- Élaborer et tenir à jour un fichier des professionnels de la santé et des autres dispensateurs de services couverts par le régime d'assurance-maladie ou par tout autre programme que la Régie administre ;
- Inscrire les bénéficiaires du régime et leur délivrer une carte d'assurance-maladie ;
- Rémunérer conformément aux ententes les professionnels de la santé qui fournissent les services assurés, ou rembourser aux bénéficiaires le coût de ces services, le cas échéant ;
- Rembourser les bénéficiaires ou payer pour leur compte les autres dispensateurs qui fournissent des biens et des services couverts par la Loi sur l'assurance-maladie ou par des programmes confiés à la Régie par le gouvernement ;
- Exercer les contrôles nécessaires au respect du régime d'assurance-maladie et des autres programmes qui sont confiés à la Régie ;
- Organiser les activités de gestion et les opérations nécessaires à la bonne administration du régime d'assurance-maladie et des autres programmes qui lui sont confiés ;
- Informer le public sur le régime d'assurance-maladie ;
- Fournir les renseignements et publier les données statistiques sur le régime d'assurance-maladie et sur les autres programmes qu'elle a la charge d'administrer ;
- Collaborer avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et tout autre ministère ou organisme à la révision et à la modification, au besoin, du régime d'assurance-maladie, des programmes, des ententes et des accords ;
- Élaborer, de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, la réglementation nécessaire à l'application des programmes du régime d'assurance-maladie ou des autres programmes qu'elle a la charge d'administrer.

1.3 Le Conseil d'administration de la Régie

Le Conseil de la Régie se compose de quatorze membres, tous nommés par le gouvernement.

MEMBRES*	MILIEU REPRÉSENTÉ
J.-Auguste Mockle Président-directeur général	
Raymond Carignan** Vice-président	Gouvernement
Claude Chicoine Normand Simard Paul Desjardins Clément Richer Jean-Marie Rodrigue	Professionnels de la santé
André Brousseau	Milieu hospitalier
Louise Carrier-Rivard	Consommateurs
Michel Beaudoin Pierrette Rayle	Milieu des affaires
Aline Michaud Claude Rioux	Milieu du travail
Claude Séguin***	Gouvernement
SECRÉTAIRE	
Denis Morency	

* En fonction au 31 mars 1987.
** M. Raymond Carignan est membre depuis le 1er juillet 1986.
*** M. Claude Séguin a démissionné le 14 novembre 1986.

Le Conseil d'administration exerce notamment les pouvoirs suivants : il adopte les règlements de régie interne ou tout règlement découlant de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie ou de la Loi sur l'assurance-maladie, donne des avis sur des projets de règlement d'application de ces mêmes lois ou les recommande au gouvernement et approuve tout ce qui touche à l'administration supérieure de l'organisme, c'est-à-dire les objectifs généraux, le budget directeur et le plan d'effectifs, les politiques générales, les états financiers annuels, les baux et contrats dont la valeur globale est déterminée par résolution, les emprunts, la radiation de toute créance excédant le montant établi par résolution, la politique de placement à court terme.

1.4 Le Comité de vérification

Le Comité de vérification, qui est présidé par le président-directeur général de la Régie, se compose en outre de deux membres du Conseil d'administration nommés par ce dernier, M. Michel Beaudoin et le Dr Clément Richer, et d'un directeur de la Régie désigné par le président, M. André Roy.

Le Comité de vérification a pour mandat :

- de conseiller le président-directeur général sur le choix des priorités d'intervention en matière de vérification interne ainsi que sur les plans annuels et à long terme de vérification interne ;
- d'étudier le rapport annuel du service de vérification interne de la Régie (service de l'Évaluation des systèmes de gestion) et le suivi de ses recommandations, ainsi que le rapport annuel du vérificateur général et le suivi de ses recommandations.

Le Comité fait rapport de ses activités au Conseil d'administration.

Chapitre 2

LES DONNÉES FINANCIÈRES

2.1 Les sources de financement de la Régie

Le financement des programmes et des frais d'administration de la Régie est assuré par diverses sources. Le Fonds des services de santé ainsi que le gouvernement du Québec garantissent la plus grande partie des sommes requises.

Le Fonds des services de santé

Le Fonds des services de santé a été créé en juin 1981 afin de pourvoir à une partie des besoins financiers de la Régie et du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'administration de leurs programmes. Il est alimenté par une contribution égale à 3,2 % de la masse salariale, que les employeurs remettent au ministre du Revenu et que le ministre des Finances répartit ensuite également entre la Régie et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le ministre des Finances ajoute périodiquement les sommes nécessaires à l'équilibre des revenus et des dépenses de la Régie, qu'il prélève sur le Fonds consolidé du Revenu.

Le gouvernement du Québec

Le gouvernement du Québec, par l'entremise de certains ministères avec lesquels la Régie conclut des accords, finance les programmes suivants :

- l'assistance-maladie, qui couvre les biens et services fournis aux bénéficiaires de l'aide sociale (ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu) ;

- les services hospitaliers reçus hors du Québec et les médicaments fournis à certains bénéficiaires atteints de maladies graves ou chroniques (ministère de la Santé et des Services sociaux) ;

- la rémunération des médecins résidents et des internes du Québec (ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science).

La Commission de la santé et de la sécurité du travail

La Régie assume la rémunération des médecins qui oeuvrent dans le cadre des lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail :

- les paiements à l'acte pour les services assurés en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels et de la Loi visant à favoriser le civisme ;

- les salaires et les vacations pour les services assurés en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

La Commission rembourse à la Régie les sommes ainsi engagées.

Les autres provinces

Conformément à une entente interprovinciale, la Régie paie aux établissements du Québec les services hospitaliers rendus à des résidents des autres provinces et se fait ensuite rembourser par celles-ci.

Autres sources

Divers revenus contribuent au financement de la Régie, principalement :

- le recouvrement, des tiers responsables de maladies ou d'accidents, du montant des services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation ;

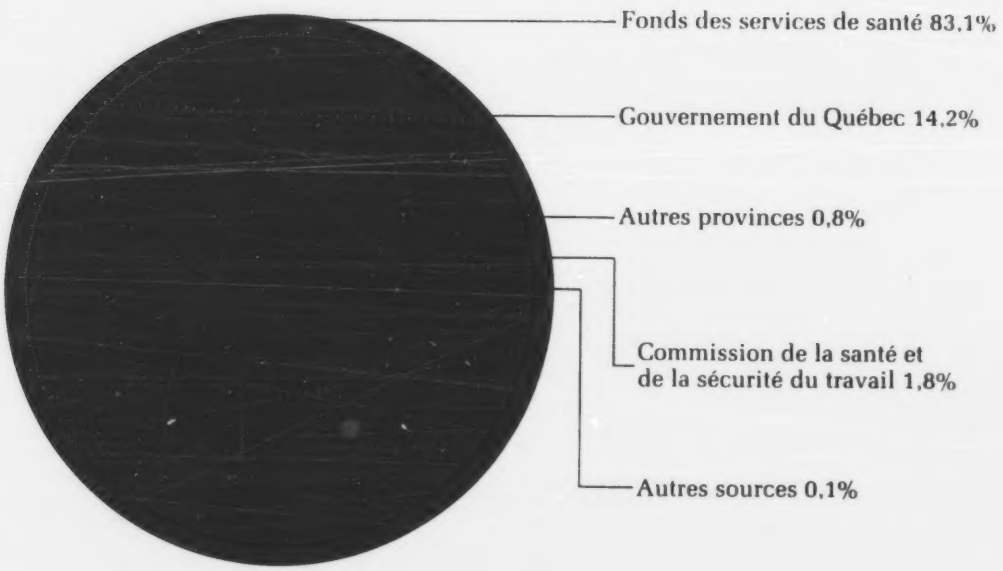
- les primes versées par les ressortissants étrangers qui désirent bénéficier de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation ; ces primes sont de 450 $ pour une personne seule et de 1 350 $ pour une famille et les personnes à sa charge.

La Régie remet au ministère de la Santé et des Services sociaux la part des recouvrements et des primes qui se rapporte à l'assurance-hospitalisation.

À ces sommes s'ajoutent les revenus provenant d'intérêts bancaires et de ventes de services à des ministères ou à des organismes gouvernementaux.

Graphique 1

Sources de financement de la Régie, Québec, 1986-1987



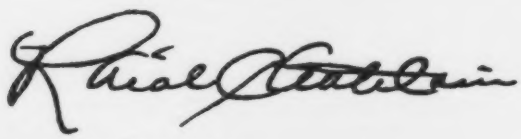
2.2 Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 1987

Rapport du Vérificateur

J'ai vérifié l'état de l'actif et du passif de la Régie de l'assurance-maladie du Québec au 31 mars 1987 ainsi que l'état du coût et du financement des programmes administrés par la Régie de l'exercice terminé à cette date. Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues, et a comporté par conséquent les sondages et autres procédés que j'ai jugés nécessaires dans les circonstances.

À mon avis, ces états financiers présentent fidèlement l'actif et le passif de la Régie au 31 mars 1987 ainsi que le coût et le financement de ses opérations de l'exercice terminé à cette date selon les conventions comptables énoncées à la note 2, appliquées de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Le Vérificateur général du Québec,



Rhéal Chatelain, F.C.A.

Québec, le 9 juin 1987

Régie de l'assurance-maladie du Québec
(L.R.Q., chapitre R-5)

Actif et passif au 31 mars 1987

	(milliers $)	(milliers $)
	1987	**1986**
Actif		
Encaisse	107	6 955
Contributions à recevoir du Fonds des services de santé	181 413	174 841
Frais à récupérer:		
Programme d'assistance-maladie	21 110	11 871
Autres programmes	28 129	28 615
Diverses créances	2 002	4 977
Immeuble du siège social (Note 3)	16 772	17 083
	249 533	**244 342**
Passif		
Chèques en circulation	11 306	27 230
Services assurés à payer	212 371	192 243
Divers créditeurs et frais courus	9 084	7 786
Emprunt hypothécaire (Note 3)	16 772	17 083
	249 533	**244 342**

Pour la Régie

J.-Auguste Mockle
Président-directeur général

Clément Richer
Membre du Conseil d'administration et
du Comité de vérification

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Coût et financement des programmes administrés par la Régie de l'exercice terminé le 31 mars 1987

(milliers $)

	Régime d'assurance-maladie	Assistance-maladie	Autres programmes	Total 1987	Total 1986
Coût des programmes					
Services médicaux	1 380 306		57 552	1 437 858	1 345 386
Services optométriques	36 314	3 524		39 838	36 355
Services dentaires	71 462	43 026		114 488	111 773
Médicaments et services pharmaceutiques	212 738	85 210	144	298 092	264 930
Prothèses	21 308	7 489		28 797	24 997
Bourses et primes	12 985			12 985	11 350
Services hospitaliers (Note 4)			113 448	113 448	105 110
	1 735 113	139 249	171 144	2 045 506	1 899 901
Recouvrements des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers			2 544	2 544	2 233
	1 735 113	**139 249**	**168 600**	**2 042 962**	**1 897 668**
Frais d'administration (Note 5)	50 399	5 554	1 790	57 743	56 815
	1 785 512	**144 803**	**170 390**	**2 100 705**	**1 954 483**
Sources de financement					
Fonds des services de santé	1 745 572			1 745 572	1 608 331
Gouvernement du Québec		144 803	154 488	299 291	297 018
Ententes réciproques avec les autres provinces (Note 4)			15 902	15 902	13 961
Commission de la santé et de la sécurité du travail	38 503			38 503	33 646
Autres	1 437			1 437	1 527
	1 785 512	**144 803**	**170 390**	**2 100 705**	**1 954 483**

Notes complémentaires

1. Constitution, fonctions et financement

La Régie, corporation constituée par la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec, a pour fonctions d'administrer le régime d'assurance-maladie et tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

La Régie administre, entre autres, le programme d'assistance-maladie du ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, le programme de rémunération des médecins résidents et des internes du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science ainsi que les parties suivantes de programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux: le paiement des services hospitaliers rendus hors du Québec et la perception des sommes à recouvrer pour soins hospitaliers à l'égard des résidents des autres provinces, des tiers responsables et des ressortissants étrangers. La Régie paie en outre les services professionnels rendus par les médecins oeuvrant dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail et se fait rembourser par cette dernière les frais ainsi encourus.

Le financement du régime de l'assurance-maladie s'effectue à même le Fonds des services de santé qui est constitué de la contribution des employeurs et des sommes qu'y verse le ministre des Finances à même le Fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie.

2. Conventions comptables

Les états financiers de la Régie ont été préparés par la direction selon les conventions comptables énoncées ci-dessous. Ces états comprennent des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations.

Sources de financement

Les revenus sont enregistrés selon la méthode de la comptabilité d'exercice à l'exception des sommes recouvrées des tiers et des contributions des ressortissants étrangers qui le sont lors de leur encaissement.

Coût des programmes

Le montant des services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie, imputé au coût des programmes d'assurance-maladie et d'assistance-maladie, comprend la valeur estimative des demandes de paiement reçues jusqu'au 30 avril à l'égard des services rendus et des médicaments fournis avant le 1er avril. Les dépenses relatives aux autres programmes sont comptabilisées lors de leur déboursé.

Frais d'administration

Les frais d'administration sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

Immobilisations

L'immeuble du siège social est comptabilisé au prix coûtant et l'amortissement correspond à la partie de l'emprunt hypothécaire remboursée au cours de l'exercice. Les acquisitions d'ameublement et d'équipement ainsi que les dépenses pour l'amélioration des aires locatives sont imputées aux frais d'administration.

3. Immeuble du siège social et emprunt hypothécaire

	1987 (milliers $)	1986 (milliers $)
Coût de l'immeuble	18 537	18 537
Amortissement accumulé	1 765	1 454
	16 772	17 083

Pour financer le coût de cet immeuble, la Régie a contracté en juillet 1983 un emprunt de 17 735 000 $, 12,25% l'an, remboursable par versements mensuels de 194 642 $ comprenant capital et intérêts et échéant le 1er août 1988.

Le remboursement de cet emprunt est garanti par le gouvernement du Québec.

4. Services hospitaliers

	1987 (milliers $)	1986 (milliers $)
Services hospitaliers rendus hors du Québec à ses résidents	97 546	91 149
Services hospitaliers rendus au Québec aux résidents des autres provinces	15 902	13 961
	113 448	105 110

5. Frais d'administration

	1987 (milliers $)	1986 (milliers $)
Traitements et avantages sociaux	38 947	37 302
Locaux, équipement et ameublement	8 992	8 701
Fournitures et approvisionnements	2 231	2 259
Services de transport et de communication	2 683	2 655
Intérêts sur emprunt hypothécaire	2 021	2 057
Services professionnels et autres	2 558	3 564
Amortissement de l'immeuble du siège social	311	277
	57 743	56 815

6. Rémunération des professionnels de la santé

L'entente avec l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec est expirée depuis le 31 mai 1985 et celle avec la Fédération des médecins résidents et des internes depuis le 30 juin 1985. De plus, un projet d'amendement aux règlements de l'aide sociale est actuellement en préparation afin de modifier rétroactivement au 1er avril 1986 les tarifs applicables aux membres de l'Association professionnelle des denturologistes du Québec. D'ici la conclusion des nouvelles ententes et l'adoption des nouveaux règlements, les professionnels concernés sont rémunérés selon les tarifs en vigueur.

2.3 Coût des programmes administrés par la Régie*, de 1982 à 1987 (en milliers de dollars)

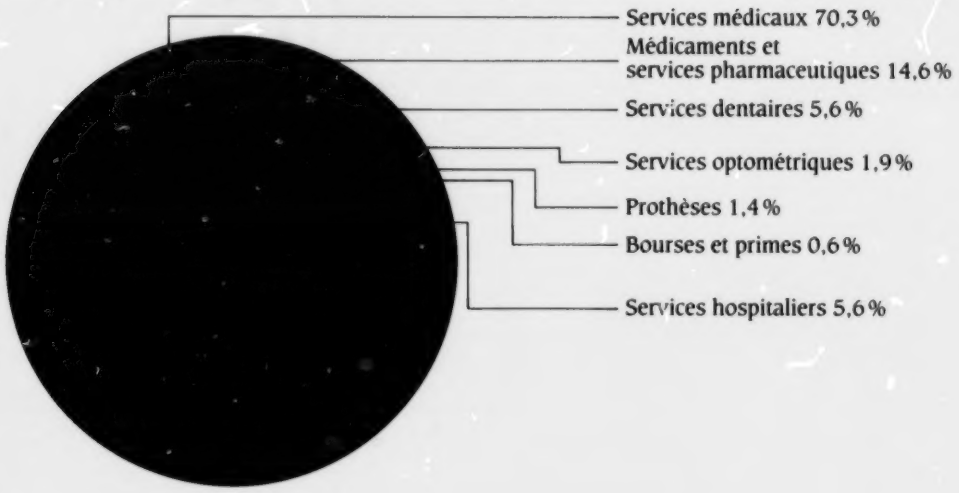
		1982-1983	1983-1984	1984-1985	1985-1986	1986-1987
	Services médicaux	**970 442**	**1 149 213**	**1 224 324**	**1 345 386**	**1 437 858**
A	Rémunération à l'acte	760 917	896 942	933 163	1 003 079	1 069 367
	Omnipraticiens	324 296	374 326	395 689	424 318	447 232
	Spécialistes	423 074	506 464	520 849	560 349	603 152
	Professionnels hors Québec	8 655	9 421	9 343	10 054	9 645
	Remboursements aux bénéficiaires	4 892	6 731	7 282	8 358	9 338
A	Rémunération à salaire et à la vacation	86 709	106 618	127 478	146 408	168 301
	Salaires	44 765	53 744	61 568	70 828	78 113
	Vacations	41 944	52 874	65 910	75 580	90 188
A	Services de laboratoire en établissement	71 278[1]	86 784	92 873	104 997	111 834
	Remboursements au ministère de la Justice	312	344	402	401	2
B	Rémunération des résidents et des internes	51 226	52 375	51 412	64 098	57 552
A	Rémunération à l'acte-CSST[2]	–	6 150	18 996	26 403	30 802
A	**Services optométriques**	**25 263**	**30 825**	**33 871**	**36 355**	**39 838**
	Services dentaires	**94 311**	**100 418**	**113 184**	**111 773**	**114 488**
A	Chirurgie buccale	1 751	2 282	2 833	3 323	3 328
A	Services dentaires	84 646	87 719	99 399	97 302	100 716
	Enfants	66 899	61 265	73 594	72 632	76 333
	Bénéficiaires de l'aide sociale	17 747	26 454	25 805	24 670	24 383
B	Prothèses dentaires (B.A.S.)	7 914	10 417	10 952	11 148	10 444
	Dentistes	2 230	3 213	3 639	3 410	3 248
	Denturologistes	5 684	7 204	7 313	7 738	7 196
A	**Médicaments et services pharmaceutiques**	**150 353**	**178 411**	**206 839**	**264 930**	**298 092**
	Bénéficiaires de l'aide sociale	45 149	56 043	64 557	80 938	85 210
	Personnes âgées	105 204	122 351	142 241	183 900	212 738
B	Patients d'exception	–	17	41	92	144
	Prothèses	**12 578**	**16 166**	**20 153**	**24 997**	**28 797**
A	Prothèses et appareils orthopédiques	9 099	11 817	14 969	19 004	22 365
A	Aides pour les handicapés visuels	218	255	686	1 509	1 931
A	Aides pour les handicapés auditifs (– 36 ans)	809	1 159	1 197	1 026	1 225
B	Aides pour les handicapés auditifs (B.A.S. et + 36 ans)	582	757	1 159	1 281	967
B	Prothèses mammaires externes	185	184	175	155	142
B	Prothèses oculaires	117	130	135	112	122
B	Appareils pour stomisés permanents	1 568	1 864	1 832	1 910	2 045
	Bourses, primes et mesures incitatives	**3 417**	**5 621**	**7 371**	**11 350**	**2 985**
A	Bourses d'études	844	584	828	1 244	1 415
A	Bourses de recherche	2 215	3 834	4 332	4 588	5 054
B	Bourses de formation spécialisée	–	–	–	802[3]	–
B	Primes d'installation	–	–	–	2 098[3]	(98)
A	Mesures incitatives	358	1 203	2 211	2 618	3 539
A	Assurance-responsabilité	–	–	–	–	3 075
	Services hospitaliers	**97 931**	**106 904**	**105 452**	**105 110**	**113 448**
B	Services rendus hors du Québec	85 253	93 478	91 960	91 149	97 546
B	Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	12 678	13 426	13 492	13 961	15 902
	Total	**1 354 295**	**1 587 558**	**1 711 194**	**1 899 901**	**2 045 506**

* Dans le tableau, A et B font référence respectivement aux programmes administrés en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie et de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie (voir Annexe 1).

1. Services intégrés à l'assurance-maladie en juillet 1982.
2. Services intégrés à l'assurance-maladie en février 1986.
3. Programmes confiés à la Régie pour l'exercice 1985-1986.

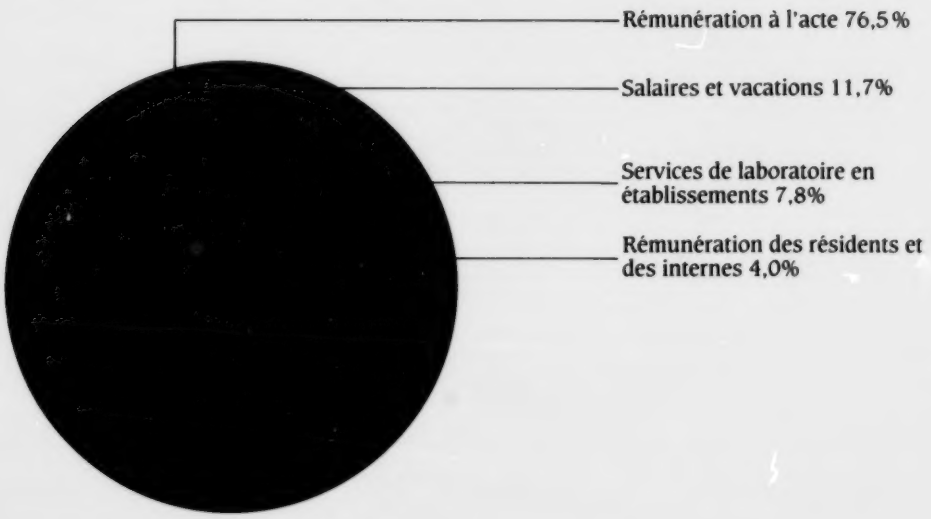
Graphique 2

Répartition du coût des programmes en 1986-1987



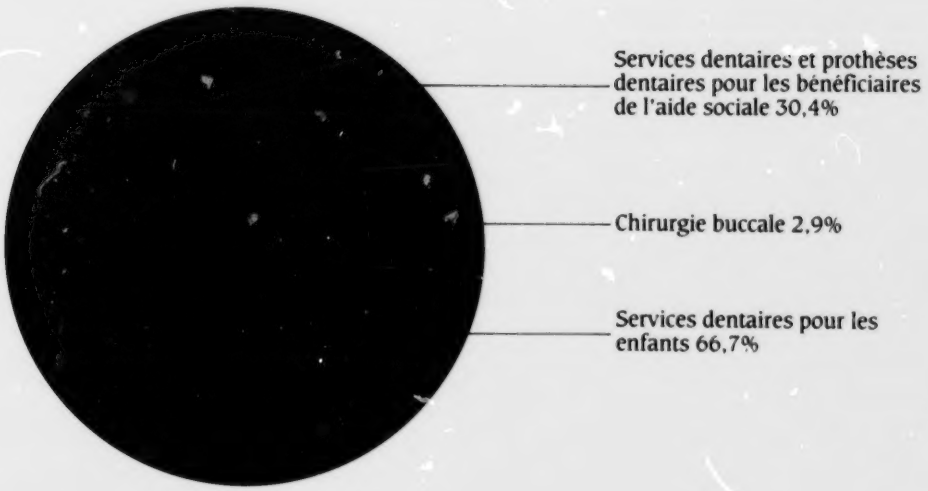
Graphique 3

Services médicaux



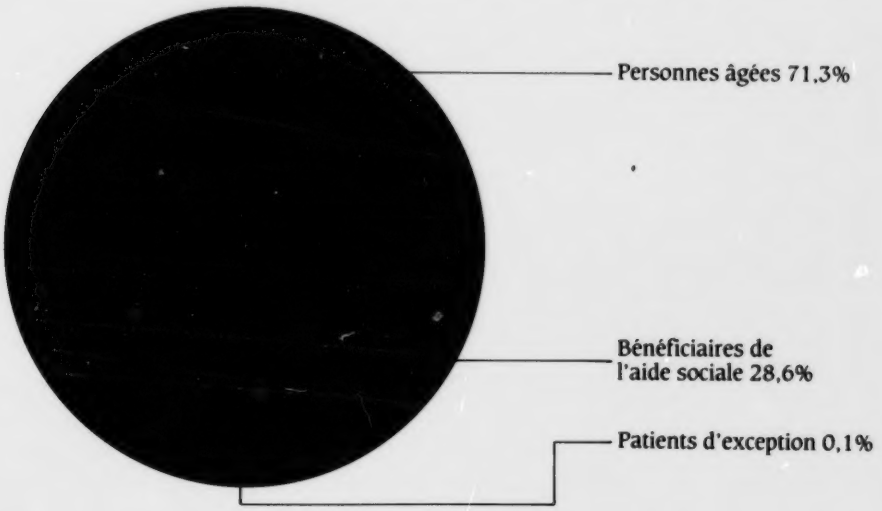
Graphique 4

Services dentaires



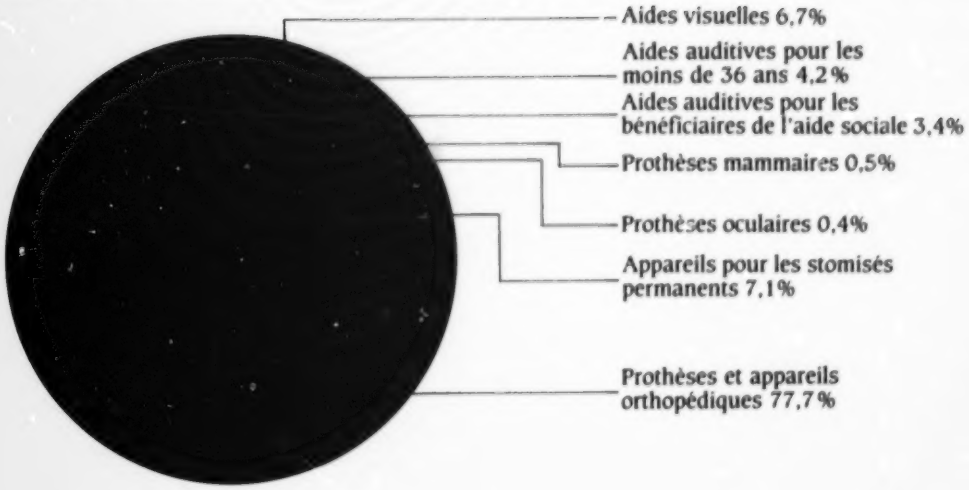
Graphique 5

Médicaments et services pharmaceutiques



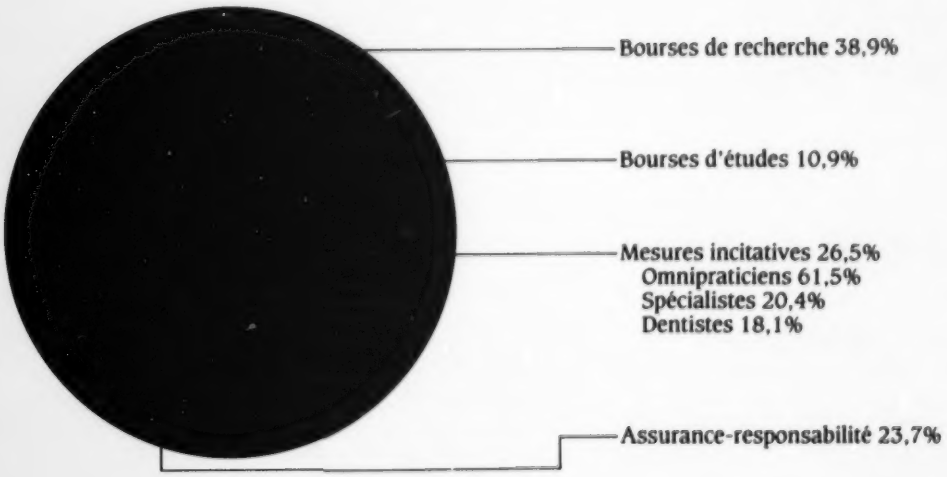
Graphique 6

Prothèses



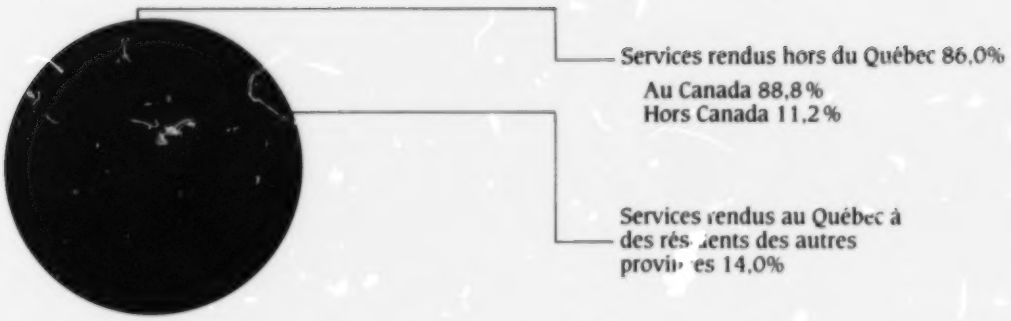
Graphique 7

Bourses et primes

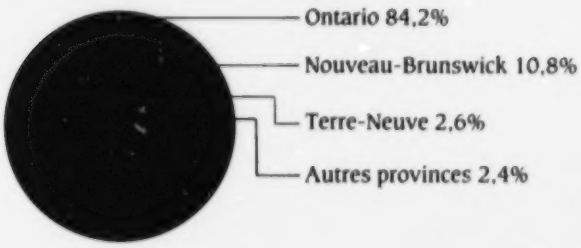


Graphique 8

Services hospitaliers

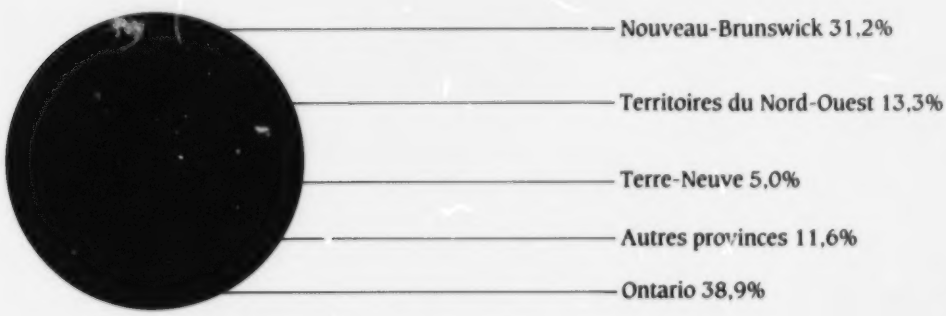


Services rendus hors du Québec
Au Canada



Hors du Canada

Services rendus à des résidents des autres provinces



2.4 Les frais d'administration

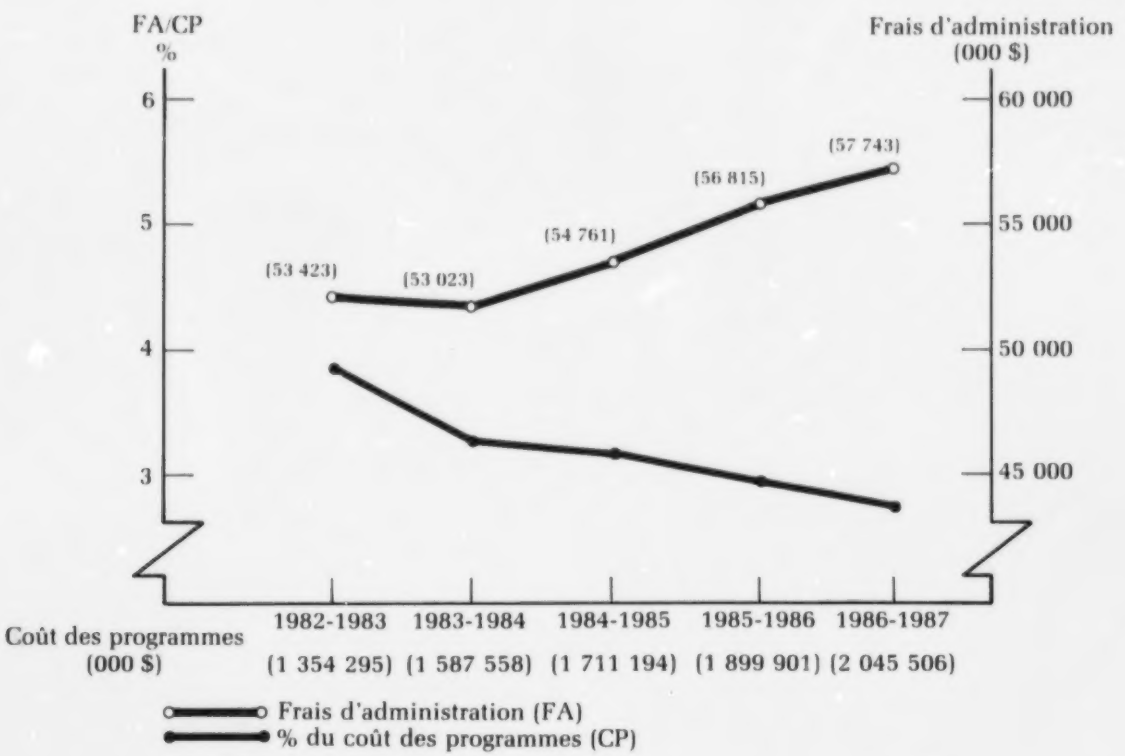
En 1986-1987, les frais d'administration de la Régie se sont élevés à 57 743 000 $; ces frais incluent le coût des ressources que la Régie a affectées à son plan de développement informatique pour lequel le Conseil du trésor avait alloué des crédits de 5,2 millions de dollars, dont 2,5 millions pour 1985-1986 et 2,7 millions pour 1986-1987.

Si on fait abstraction de ces crédits alloués à des fins spécifiques, les frais d'administration s'élèvent à 55 043 000 $, soit 728 000 $ de plus que ceux du précédent exercice. Cet accroissement de 1,3 % est toutefois inférieur de beaucoup au taux d'augmentation des traitements consenti par le gouvernement à ses employés et à celui de l'indice des prix à la consommation. De ce fait, ce résultat reflète une productivité accrue et des efforts soutenus de la part de la Régie pour réduire divers frais de fonctionnement.

En 1986-1987, les frais d'administration représentent 2,8 % du coût des programmes.

Graphique 9

Évolution des frais d'administration, de 1982-1983 à 1986-1987



Chapitre 3

L'ADMINISTRATION

3.1 L'organisation

3.1.1 La structure administrative

L'organisation de la Régie est axée, d'une part, sur la gestion des programmes et, d'autre part, sur la gestion des ressources.

La gestion des programmes est assurée par trois directions :

Développement administratif des programmes, qui a la responsabilité de collaborer avec les ministères et les organismes concernés à la définition des orientations et à l'élaboration de la documentation relative aux changements découlant des modifications apportées aux programmes, ententes et accords. Elle coordonne également l'application de ces changements à la Régie. De plus, cette direction élabore et tient à jour les normes d'application des divers programmes, compile et exploite, à des fins statistiques, les données recueillies dans le cadre de ces mêmes programmes.

Administration des programmes, dont les principales fonctions consistent à inscrire les bénéficiaires du régime et les dispensateurs de services, à traiter et à régler leurs demandes de paiement et de remboursement et à en assurer le contrôle et l'évaluation, à fournir à la Régie l'expertise médicale, dentaire, pharmaceutique et optométrique, et enfin à donner aux bénéficiaires et aux dispensateurs de services toute l'information et l'assistance dont ils ont besoin.

Contrôle des programmes, qui a pour mandat d'exercer les contrôles reliés à l'utilisation des programmes par les bénéficiaires et les dispensateurs de services. Ces contrôles portent entre autres sur l'admissibilité des bénéficiaires, la facturation des dispensateurs de services assurés, la consommation des bénéficiaires et l'étude des plaintes.

La gestion des ressources est confiée aux trois directions suivantes :

Ressources humaines, qui a pour mandat principal de conseiller les autorités et les gestionnaires sur toute question concernant la gestion des ressources humaines. Elle est ainsi responsable entre autres de l'organisation et de la dotation, du développement organisationnel, du perfectionnement des employés, des relations de travail, de la paye ainsi que des services de santé offerts aux employés.

Ressources financières et matérielles, qui assume la responsabilité de la gestion des fonds nécessaires à l'administration des programmes, de l'élaboration du cadre budgétaire, du budget directeur et de son suivi, de la préparation des états financiers, de la comptabilité et des recouvrements. De plus, cette direction assure tous les services reliés à l'aménagement des locaux et à la gestion de l'édifice de Sillery, de même que l'impression, l'approvisionnement et le courrier.

Systèmes, dont la vocation est de fournir les services informatiques et bureautiques en matière de développement et de gestion technique des systèmes et de traitement électronique des données ; elle est également responsable de l'administration des systèmes et des données ainsi que d'un centre d'assistance technologique aux gestionnaires et aux employés.

À ces directions s'ajoutent d'autres unités administratives pouvant être considérées comme support à l'organisation ; ce sont :

- la direction du *Contentieux et du Secrétariat*, principalement chargée de procéder aux expertises juridiques requises par les diverses unités administratives et de représenter la Régie devant les tribunaux ; de plus, elle coordonne l'application de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, assure le secrétariat de comités institués par la Loi sur l'assurance-maladie, les ententes ou la Régie ;

- la direction de la *Planification stratégique*, dont le mandat consiste, d'une part, à élaborer le plan d'action triennal en proposant aux autorités des avenues de réflexion pour la préparation du plan d'action, en animant et en coordonnant les activités afférentes et en élaborant les documents qui en résultent et, d'autre part, à en coordonner la réalisation en recueillant, en traitant et en diffusant l'information relative à l'évolution des projets, en faisant les interventions appropriées, le cas échéant, et en conseillant et en assistant les gestionnaires en matière de structure et de processus de gestion de projets ;

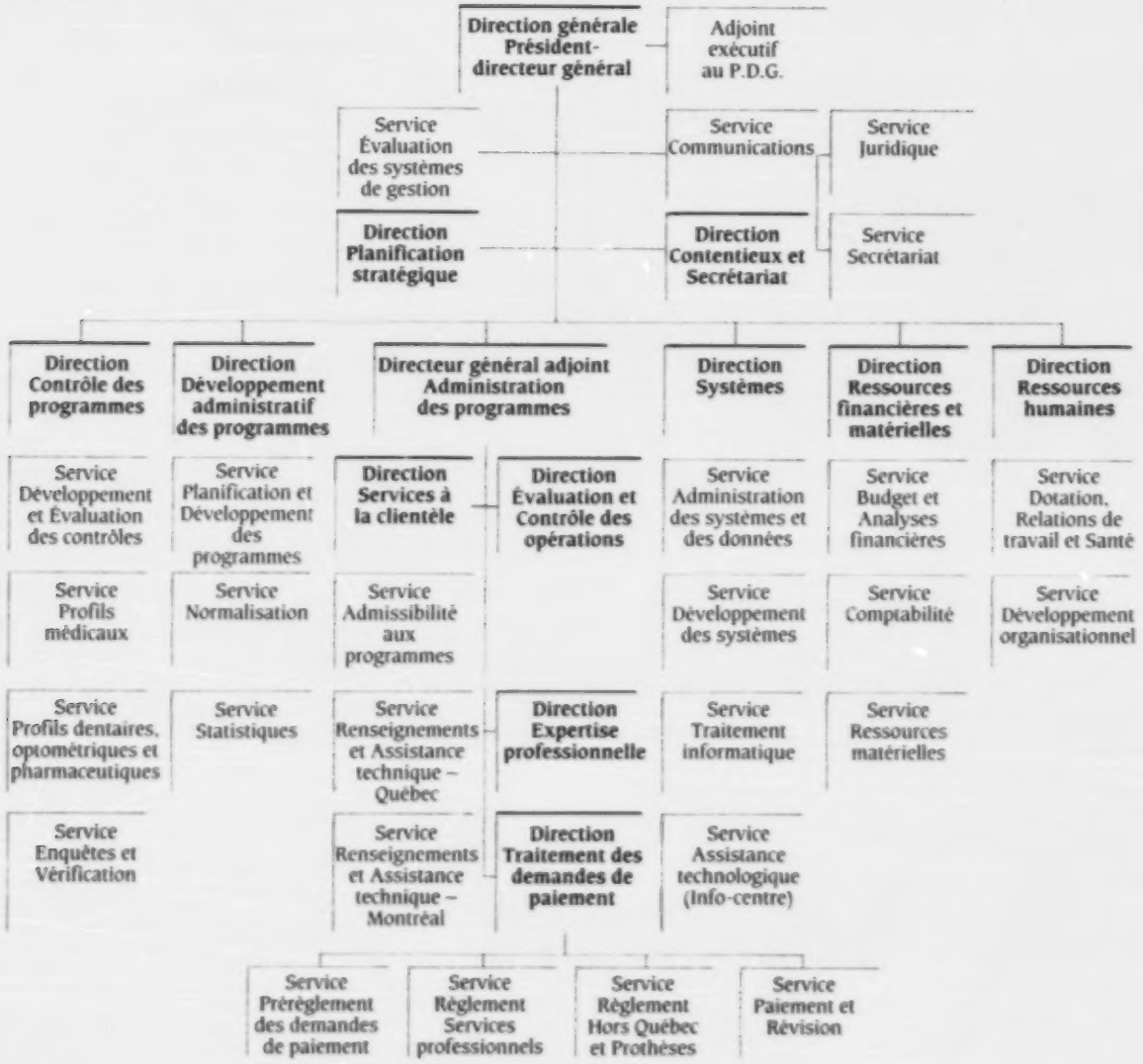
- le service des *Communications*, dont le mandat consiste, d'une part, à concevoir des programmes de communication visant à informer la population sur les divers programmes administrés par la Régie et sur ses activités, et, d'autre part, à offrir aux divers secteurs de la Régie l'expertise et l'assistance professionnelle requises en matière de communications, d'audiovisuel, de graphisme, de terminologie, de traduction et de révision de textes ;

- le service de l'*Évaluation des systèmes de gestion*, dont la vocation consiste principalement à évaluer les systèmes de gestion utilisés par les gestionnaires dans le but d'y apporter des améliorations sur les plans de l'efficacité et de l'efficience.

Les titulaires des unités administratives énumérées ci-dessus sont: M. André Roy, qui est directeur général adjoint chargé de l'Administration des programmes, M. Dominique Carmichael est directeur du Développement administratif des programmes, M[e] Paul-Émile Lafrance, directeur du Contrôle des programmes, M[me] Nicole Forget Breuleux, directrice par intérim des Ressources humaines, M. Henri Roberge, directeur des Ressources financières et matérielles, M. Alain Lizée, directeur des Systèmes et M. Pierre Houde, directeur de la Planification stratégique. M[e] Denis Morency cumule les fonctions de directeur du Contentieux et du Secrétariat et de secrétaire de la Régie. M. Pierre Boucher est l'adjoint exécutif du président-directeur général et chef par intérim du service des Communications, et M. Yvon Bolduc est chef du service de l'Évaluation des systèmes de gestion.

Structure administrative supérieure

Régie de l'assurance-maladie du Québec



3.1.2 Les comités constitués par le président-directeur général

Le Comité de régie interne

Le Comité de régie interne se compose du président-directeur général, du directeur général adjoint à l'Administration des programmes, des directeurs du Contrôle des programmes, du Développement administratif des programmes, des Systèmes, des Ressources financières et matérielles, des Ressources humaines, de la Planification stratégique ainsi que du directeur du Contentieux et du Secrétariat.

Le rôle du Comité de régie interne est de conseiller le président-directeur général dans l'exercice de ses fonctions, de participer à la solution des problèmes de gestion générale, à l'élaboration du plan d'action triennal, à la détermination des orientations et priorités en matière de projets, à la détermination des ressources humaines, financières et matérielles, et d'effectuer le suivi des activités afférentes.

De plus, il assure l'unité d'action des gestionnaires dans l'administration courante des affaires de la Régie.

Le Comité de contrôle de l'application des programmes

Ce Comité est constitué du directeur du Contrôle des programmes qui le préside, du directeur du Développement administratif des programmes et du directeur général adjoint à l'Administration des programmes. Le chef du Service juridique assiste aux réunions à titre de personne-ressource.

Le rôle du Comité est d'assurer une concertation entre les trois directions concernées par l'application des programmes en vue d'une meilleure identification des mécanismes de contrôle prévus ou émanant des documents officiels et de leur intégration harmonieuse et cohérente en fonction des responsabilités de la Régie et des objectifs qu'elle poursuit.

3.1.3 L'effectif

État de l'effectif régulier au 31 mars 1987

Directions	Total	Catégories d'emplois					Hommes	Femmes
		Cadres	Ag. de maîtrise	Profes-sionnels	Fonction-naires	Ouvriers		
Direction générale	24	4	–	11	9	–	8	16
Planification stratégique	4	1	–	1	2	–	1	3
Contentieux et Secrétariat	25	3	–	13	9	–	9	16
Contrôle des programmes	60	6	1	22	31	–	28	32
Développement administratif des programmes	30	5	–	13	12	–	10	20
Administration des programmes	5	1	–	–	4	–	2	3
Évaluation et contrôle des opérations	17	1	–	5	11	–	6	11
Expertise professionnelle	19	1	–	9	9	–	8	11
Services à la clientèle	179	4	6	21	148	–	61	118
Traitement des demandes de paiement	422	6	22	28	366	–	70	352
Systèmes	217	12	4	96	105	–	67	150
Ressources financières et matérielles	81	4	3	12	55	7	54	27
Ressources humaines	38	3	1	10	24	–	7	31
Réserve d'effectif (employés en surplus, maternité prolongée, sans traitement, congé pour études, etc.)	51	1	8	5	37	–	13	38
Total	**1 172**	**52**	**45**	**246**	**822**	**7**	**344**	**828**

3.2 La gestion

Les activités de l'exercice 1986-1987 reflètent l'orientation que la Régie s'est donnée en matière de gestion, à savoir une utilisation efficace et efficiente des ressources dont elle dispose pour administrer les programmes qui lui sont dévolus.

3.2.1 Les unités de gestion des programmes

– *La direction du Développement administratif des programmes*

La Direction a participé de façon constante aux négociations d'ententes et d'amendements avec les professionnels de la santé ainsi qu'au développement ou à la modification d'accords avec les dispensateurs de services assurés, en fournissant un appui soutenu au ministère de la Santé et des Services sociaux, responsable de ces négociations. Elle a aussi participé à l'élaboration de modifications législatives et réglementaires en rapport avec les divers programmes. Au cours de l'année, la Direction a coordonné l'implantation de 2 nouvelles ententes, de 5 ententes particulières, de 14 amendements à ces ententes, de 6 accords et de 11 modifications aux lois et règlements.

Les amendements aux ententes et accords ont touché

1. L'entente des médecins spécialistes par:

– des modifications au taux unitaire payable pour les services de microbiologie;

– l'ajout de nouveaux services médicaux;

– le renouvellement de cette entente, notamment en ce qui concerne:

  • des modifications aux préambules, aux règles de tarification, à la nomenclature des actes et aux honoraires de la médecine et de la chirurgie;

  • le paiement d'une prime de nuit pour les médecins cardiologues oeuvrant dans les centres désignés;

  • le remboursement d'une partie des primes d'assurance-responsabilité;

  • la tarification de l'évaluation médico-psychosociale;

  • les conditions de rémunération de la stimulation nerveuse trans-cutanée (TENS);

  • l'ajustement des tarifs en hématologie;

  • la modification du régime d'exercice selon le mode de l'honoraire forfaitaire (vacation).

2. L'entente des médecins omnipraticiens par:

– l'ajustement des tarifs de l'entente;

– des modifications aux conditions de paiement des séjours de ressourcement à l'extérieur du Québec;

– des modifications aux avantages sociaux, notamment:

  • l'introduction d'une rente au conjoint survivant;

  • le remboursement d'une partie des primes d'assurance-responsabilité;

– la ratification de certaines ententes particulières et amendements à ces ententes concernant la rémunération

  • des services professionnels rendus dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs dans certains centres hospitaliers de courte durée;

  • des services d'anesthésie dans certains centres hospitaliers;

- des soins psychiatriques dans certains centres hospitaliers;

– la modification de l'entente particulière relative à la tenue d'une expérience pilote dans certains centres d'accueil d'hébergement ainsi que l'extension de la période d'application de cette expérience pilote;

– la conclusion de plusieurs accords prévoyant la rémunération de certains médecins omnipraticiens travaillant dans des établissements désignés.

3. L'entente des chirurgiens-dentistes par:

– des modifications aux avantages sociaux, notamment au régime des assurances;

– des modifications aux conditions de paiement des séjours de ressourcement à l'extérieur du Québec.

4. L'entente des optométristes par:

– le renouvellement de l'entente comportant

- des majorations de tarif;
- l'augmentation de l'objectif tarifaire;
- l'augmentation du plafond trimestriel;
- l'ajout d'un supplément pour les visites faites à domicile ainsi que du paiement de frais de déplacement reliés à ces visites;
- l'introduction, à compter du 1er décembre 1987, d'un ajustement automatique du tarif du supplément pour la tonométrie et la biomicroscopie;
- des modifications aux règles d'application et aux lettres d'entente.

5. L'entente des médecins résidents et des internes par:

– des modifications aux retenues syndicales.

Les modifications apportées à la législation et à la réglementation concernent principalement:

– la liste des médicaments assurés;

– la facturation par ruban magnétique et par télécommunication;

– la liste des aides auditives assurées;

– la prolongation du programme de bourses d'études pour les étudiants en médecine, en médecine dentaire et les résidents en médecine familiale;

– les montants prévus en 1985-1986 et 1986-1987 pour les bourses de recherche;

– l'admissibilité au régime d'assurance-maladie

- des étudiants, stagiaires, boursiers et coopérants français;
- des requérants du statut de réfugié politique.

La Direction représente la Régie au Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement. Ce comité a pour mandat, aux niveaux interprovincial et fédéral-provincial, d'étudier et de discuter de questions d'intérêt ou de préoccupations réciproques relatives aux services de santé ou aux soins médicaux en établissement, incluant les régimes d'assurance couvrant les médicaments prescrits et les soins dentaires, et de faire des recommandations au besoin.

Les discussions et les travaux de ce comité ont conduit à l'actualisation des changements suivants:

- la modification du tarif des services externes au 1er avril 1986.

- l'ajout, au 1er décembre 1986, de deux nouveaux services à la liste des services externes assurés, soit la lithotripsie et l'imagerie par résonnance magnétique nucléaire.

La Direction a également participé à l'élaboration d'un protocole d'entente entre la France et le Québec, relatif à la protection sociale des étudiants et des coopérants. Elle a aussi travaillé aux projets d'ententes et d'arrangements administratifs en matière de sécurité sociale entre le gouvernement du Québec et les gouvernements de pays étrangers dont la Suède, la Norvège, la Finlande, le Danemark, le Luxembourg, l'Espagne et le Portugal.

Un accord administratif a par ailleurs été conclu avec une troisième compagnie privée, afin de faciliter aux résidents du Québec le paiement des services reçus à l'extérieur du Canada.

Il faut aussi souligner la participation de la Direction à divers colloques, séminaires, congrès, journées d'étude portant sur la réadaptation des personnes handicapées et la fourniture d'appareils, dans le cadre de la révision de certains programmes qu'administre la Régie.

Au chapitre de la normalisation, l'actualisation de l'ensemble des modifications aux ententes, accords ou programmes a donné lieu à la modification de 308 normes d'application et à l'élaboration de 105 nouvelles normes, réparties comme suit:

Entente ou programme	Normes modifiées	Normes nouvelles	Total
Services médicaux	156	21	177
Services optométriques	10	1	11
Services dentaires	40	16	56
Médicaments et services pharmaceutiques	30	1	31
Autres programmes	70	65	135
Normes générales	2	1	3
Total	**308**	**105**	**413**

Au cours de l'année, la Direction a tenu 5 rencontres avec les fédérations et associations représentant les professionnels de la santé dans le cadre du mécanisme de conciliation des honoraires prévu aux ententes. Ce mécanisme consiste à échanger avec les fédérations ou associations sur l'interprétation à donner à certains points des ententes ou certaines situations en regard de demandes de paiement pour lesquelles la Régie n'entend pas faire droit.

D'autre part, l'accumulation et l'exploitation, à des fins statistiques, des données recueillies dans le cadre de l'administration des différents programmes a permis à la Direction de répondre aux productions de données visant à satisfaire aux dispositions des ententes des professionnels de la santé et des accords avec d'autres ministères et organismes et, en plus, à 427 demandes de ministères et organismes gouvernementaux, 19 de chercheurs et d'universités, 102 de médias d'information, de citoyens et d'organismes et 59 de corporations, fédérations et associations professionnelles.

La Direction a préparé enfin, avec la collaboration de la direction de l'Évaluation des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux, la publication des *Statistiques annuelles 1985*.

– *La direction de l'Administration des programmes*

La direction de l'Administration des programmes entretient des rapports constants avec les bénéficiaires du régime et les dispensateurs de services assurés, que ce soit pour leur inscription, le remboursement ou le paiement des services de santé assurés ou l'étude de cas particuliers, des échanges téléphoniques ou de correspondance.

Les services à la clientèle

À la direction des Services à la clientèle, qui relève de l'Administration des programmes, plusieurs événements ont marqué l'exercice 1986-1987 par suite de décisions administratives destinées, entre autres, à améliorer les services aux bénéficiaires et aux dispensateurs et à rationaliser les ressources qui y sont affectées.

Ainsi, il a été décidé qu'à partir du 1er novembre 1986, les numéros d'assurance-maladie ne seraient plus transmis par téléphone aux dispensateurs de services et que les émissions de cartes ne seraient plus acceptées sur appel téléphonique, ceci afin de respecter davantage les dispositions de la Loi sur l'assurance-maladie et de la Loi sur l'accès (...), tout en permettant aux préposés de remplir plus efficacement leur rôle auprès de la population.

Par ailleurs, des modifications apportées à la procédure d'émission des cartes d'assurance-maladie aux revendicateurs du statut de réfugié, dont le nombre a considérablement augmenté, ont entraîné une très forte affluence à nos bureaux à partir du mois de décembre. Auparavant, la plus grande partie des démarches se faisaient auprès du ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration.

La carte d'assurance-maladie elle-même a subi une transformation d'importance, au début de 1987, en devenant le véhicule privilégié du consentement au don d'organes; en effet, une personne qui désire faire don de ses organes à des fins de transplantation n'a qu'à signer la formule qui se trouve maintenant au verso de sa carte. D'ici quatre ans, toutes les cartes d'assurance-maladie auront été renouvelées, ce qui permettra à tous les citoyens du Québec de contribuer à la cause des dons d'organes.

Du côté des dispensateurs de services assurés, les efforts se sont poursuivis en vue de faciliter leurs échanges avec la Régie. Les représentants de l'Assistance technique ont repris cette année les tournées de promotion de la facturation informatisée en mettant cette fois-ci l'accent sur les nouveaux procédés mis au point par la Régie: la facturation par télécommunication synchrone, asynchrone et par disquette. Ils ont aussi rencontré des groupes de finissants d'universités et d'écoles spécialisées, utilisant cette fois des documents de support, vidéo et pochette d'information, afin d'alléger le contenu des séances qui visent à familiariser les nouveaux dispensateurs avec le processus de facturation des services rendus.

Des dispensateurs de l'extérieur du Québec, surtout en Ontario et au Nouveau-Brunswick, sont aussi en relation avec la Régie. Depuis cette année, ils peuvent communiquer sans frais par téléphone avec l'Assistance technique.

Le texte qui suit décrit de façon plus détaillée les principales activités de la direction des Services à la clientèle à l'égard des bénéficiaires et des dispensateurs de services assurés.

Les bénéficiaires

Conformément à la loi, les personnes admissibles au régime d'assurance-maladie doivent s'inscrire à la Régie (voir Annexe 2). La tenue du fichier exige un nombre considérable de mises à jour si l'on considère que les principaux faits relatifs à l'état civil ou au lieu de domicile doivent être signalés à la Régie. Lorsqu'une personne est inscrite à la Régie, celle-ci lui remet une carte d'assurance-maladie valide pour une période donnée et renouvelée automatiquement à son expiration si cette personne demeure admissible au régime. De plus, la Régie remplace les cartes abîmées, perdues ou volées. Les cartes sont remises habituellement sur-le-champ au bénéficiaire qui se présente en personne à la Régie, ou dans un délai moyen de sept jours par la poste.

Le tableau qui suit illustre les différentes opérations qui ont été faites au fichier des bénéficiaires au cours de l'exercice financier 1986-1987 comparativement à 1985-1986.

Opérations faites au fichier des bénéficiaires

	1985-1986	1986-1987
Nouvelles inscriptions	39 259	49 109
Naissances	90 714	87 725
Changements d'adresse	1 164 774	1 157 832
Changements de nom	33 125	28 767
Consultations et recherches	2 532 639	2 108 791
Cartes renouvelées automatiquement	1 386 911	1 585 576
Cartes délivrées sur demande	474 561	491 061
Autres mises à jour	1 935 114	1 600 743

Les données du tableau ci-dessus incluent l'inscription ou le renouvellement de l'inscription de revendicateurs du statut de réfugiés politiques admissibles au régime en vertu du pouvoir dérogatoire du ministre de la Santé et des Services sociaux; elles se détaillent comme suit:

Revendicateurs du statut de réfugié politique

	1985-1986	1986-1987
Nouvelles inscriptions	6 854	9 970
Renouvellements d'inscription	9 286	10 575

De plus, un protocole d'entente permet à des Québécois séjournant en France de bénéficier du régime français d'assurance-maladie et inversement à des Français de bénéficier du régime québécois pendant leur séjour ici. Depuis l'entrée en vigueur de l'entente, les statistiques sont les suivantes:

Entente Québec-France

	1985-1986	1986-1987
Québécois bénéficiaires du régime français	647	564
Français bénéficiaires du régime québécois	369	380

De nombreuses personnes se rendent aux bureaux de Québec et de Montréal pour s'inscrire ou obtenir de l'information. Les préposés aux services téléphoniques répondent à environ 7 000 demandes d'information par semaine et rencontrent également des groupes dans divers milieux pour leur faire connaître la Régie et le régime, tandis que les correspondanciers répondent à de nombreuses demandes de renseignements. De plus, la Régie se rend dans les expositions, foires et salons importants où elle peut rejoindre un vaste public.

Le tableau suivant résume les principales activités de la Régie en ce qui a trait aux services aux bénéficiaires.

Services aux bénéficiaires

	1985-1986	1986-1987
Appels téléphoniques reçus à Québec et à Montréal	334 898	365 285
– Moyenne hebdomadaire	6 440	7 025
Courrier adressé aux bénéficiaires		
– Lettres personnelles	10 662	7 055
– Demandes de renseignements	77 584	108 070
Manifestations où la Régie était présente	24	14
– Visiteurs au stand de la Régie	10 789	1 975
– Visiteurs aux bureaux de la Régie	29 297	39 476

Les professionnels de la santé

Les professionnels de la santé, c'est-à-dire les médecins, les dentistes, les optométristes et les pharmaciens qui sont légalement autorisés à fournir des services assurés, doivent s'inscrire à la Régie selon le statut qu'ils ont choisi (voir la définition des statuts à l'Annexe 3).

Certains professionnels de la santé établis outre-frontières, généralement à proximité du territoire du Québec, adhèrent au régime québécois d'assurance-maladie et acceptent ainsi d'être rémunérés au tarif des ententes pour les services qu'ils fournissent à des résidents du Québec.

En ce qui concerne le nombre de médecins résidents et d'internes, la norme fixée pour l'année universitaire 1986-1987 était de 1 825 équivalents plein temps. Dans les faits, on a dénombré pour l'exercice financier 1986-1987, 1 785 médecins résidents et internes, dont 1 656,3 équivalents plein temps.

Au cours de l'exercice financier écoulé, 2 388 inscriptions et 51 315 mises à jour ont été faites au fichier des dispensateurs de services assurés, professionnels de la santé et autres dispensateurs.

Professionnels de la santé

	Soumis à une entente		Désengagés		Non participants		Adhérents hors Québec	
	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987
Omnipraticiens	7 534	7 675	7	7	13	13	572	520
Spécialistes	7 288	7 459	3	3	30	32	650	689
Dentistes	2 575	2 656	5	6	205	195	23	51
Spécialistes en chirurgie buccale	47	51	0	0	1	1	0	0
Optométristes	898	917	0	0	0	0	40	39
Pharmaciens propriétaires	1 213[1]	1 236[2]	0	0	3	3	10	10
Total	**19 575**	**19 994**	**15**	**16**	**252**	**244**	**1 295**	**1 309**

1. Pour 1 395 pharmacies.
2. Pour 1 439 pharmacies.

Les autres dispensateurs de services assurés

D'autres dispensateurs fournissent des services assurés aux bénéficiaires. Au 31 mars 1987, ils se répartissaient comme suit selon les programmes, comparativement au 31 mars 1986:

Autres dispensateurs

	1986	1987
Aides auditives		
Établissement	1	1
Audioprothésistes	103	114
Prothèses dentaires		
Denturologistes	837	847
Prothèses oculaires		
Ocularistes	5	5
Aides visuelles		
Établissements	5	5
Prothèses et orthèses		
Établissements	11	11
Laboratoires	14	14
Total	**976**	**997**

Le nombre d'ententes avec les dispensateurs et leur complexité croissante impliquent une assistance soutenue sur les plans technique et administratif de la part de la Régie.

Ainsi, les préposés aux services téléphoniques de la Régie, à Québec et à Montréal, ont répondu en moyenne à un peu plus de 3 000 demandes de renseignements par semaine. Par ailleurs, des lettres personnelles, des communiqués ayant trait aux modifications apportées aux règlements, aux ententes et accords, aux formalités administratives, etc., sont expédiés régulièrement aux dispensateurs. De plus, des séances d'information, des rencontres individuelles ou de groupes et des congrès permettent aux représentants de la Régie d'établir une communication plus personnelle avec les dispensateurs, de recueillir leurs commentaires et leurs suggestions et de leur fournir l'assistance dont ils ont besoin.

Services aux dispensateurs

	1985-1986	1986-1987
Appels téléphoniques reçus et faits à Québec et à Montréal	190 744	161 579
– Moyenne hebdomadaire	3 668	3 107
Courrier adressé aux dispensateurs		
– Lettres personnelles	11 069	14 313
– Communiqués		
– médecins	80	74
– dentistes	17	12
– pharmacies	11	14
– optométristes	6	10
– autres dispensateurs	26	24
– agences de facturation informatisée	6	10
– tous les professionnels	10	4
Dispensateurs rencontrés individuellement ou en groupes	4 388	2 480

L'expertise professionnelle

D'autres responsabilités confiées à la Direction de l'Administration des programmes requièrent une attention toute particulière envers les bénéficiaires et les dispensateurs. L'évaluation des cas complexes, des dossiers de révision et des demandes d'autorisation ayant trait à des soins spécialisés qui ne peuvent être donnés au Québec, entre autres, est confiée à la direction de l'Expertise professionnelle. À cet égard, le sommaire des activités au 31 mars 1987 s'établit comme suit:

Dossiers d'expertise professionnelle

Nombre de dossiers analysés	Expertise médicale	Expertise dentaire	Expertise pharmaceutique	Expertise optométrique
Règlement des cas complexes	47 542*	10 222	50 493	596
Règlement des cas de révision	3 738	1 428	178	55
Cas hors Québec	3 083	57	47	3
Cas orthèses-prothèses	896	–	–	–
Autorisations de chirurgie plastique et buccale	6 355	864	–	–
Médicaments d'exception	–	–	9 892	–
Patients d'exception	–	–	1 045	–
Total	**61 614**	**12 571**	**61 655**	**654**

* incluant les dossiers de la CSST.

Le traitement des demandes de paiement et de remboursement

Le traitement des demandes de paiement soumises par les dispensateurs de services assurés et des demandes de remboursement soumises par les bénéficiaires comporte une série d'opérations, allant de leur réception, de leur microfilmie, de leur transcription sur supports magnétiques, de leur validation à l'aide de systèmes informatisés, de leur appréciation par des personnes formées à cette fin, jusqu'à leur paiement et à la révision de celui-ci, le cas échéant.

Au cours de l'exercice 1986-1987, la direction du Traitement des demandes de paiement a reçu et traité plus de 62 millions de demandes de paiement provenant des dispensateurs de services assurés (voir le tableau) et plus de 600 000 demandes de remboursement et de paiement de la part des bénéficiaires et des établissements hospitaliers (voir le tableau).

Parmi toutes ces demandes de paiement ou de remboursement, 0,5% ont fait l'objet d'une révision du paiement, soit 314 000 demandes de révision de la part de dispensateurs et 3 000 de la part de bénéficiaires.

Nombre de demandes de paiement soumises par les dispensateurs de services assurés

Médecins rémunérés à l'acte	39 970 524
Médecins rémunérés à la vacation	56 585
Médecins et dentistes rémunérés à salaire	33 697
Dentistes rémunérés à l'acte	2 462 659
Optométristes	1 788 184
Pharmaciens	17 890 492
Denturologistes	32 810
Audioprothésistes	13 441
Ocularistes	1 772
Laboratoires d'appareils orthopédiques	64 251
Établissements d'aides visuelles	4 482

Nombre de demandes de remboursement ou de paiement soumises par les bénéficiaires et les établissements hospitaliers

Services professionnels obtenus au Québec	46 736
hors Québec	268 017
Services hospitaliers obtenus au Canada	285 810
hors Canada	14 508
au Québec par des résidents des autres provinces	11 894
Prothèses mammaires	3 007
Appareils pour stomies	7 350

La direction du Traitement des demandes de paiement a aussi traité les demandes de remboursement provenant des 40 centres hospitaliers universitaires pour la rémunération des médecins résidents et des internes. Elle a de plus effectué le remboursement des coûts afférents aux mesures incitatives pour les médecins et dentistes qui s'en sont prévalus. Le tableau ci-dessous indique le nombre de remboursements effectués au cours de 1986-1987 relativement aux quatre mesures incitatives, en comparaison avec l'année 1985-1986.

Aux remboursements relatifs aux mesures incitatives se sont ajoutées en 1986 les 1 767 demandes présentées par les spécialistes et les 2 330 demandes présentées par les omnipraticiens pour le remboursement de la portion des primes d'assurance-responsabilité professionnelle payable par la Régie conformément aux dernières ententes.

Au cours de l'année 1986-1987, les amendements aux règlements, ententes ou autres documents officiels ont exigé de nombreuses modifications aux systèmes informatiques et aux méthodes de travail des quelque 500 personnes affectées au traitement des demandes de paiement.

Parallèlement à ces modifications, neuf projets de développement de nouveaux procédés de traitement ont progressé tout au long de l'année, dont cinq ont été entièrement réalisés et trois le seront dans la première moitié du prochain exercice.

Nombre de demandes de remboursement relatives aux mesures incitatives

	Omnipraticiens		Spécialistes		Dentistes	
	1985-1986	1986-1987	1985-1986	1986-1987	1985-1986	1986-1987
Frais de ressourcement	1 002	1 365	224	353	369	390
Frais de sorties	92	97	3	6	23	45
Primes d'éloignement	166	206	16	18	39	57
Frais de déménagement	45	45	–	2	16	18

La facturation informatisée

Depuis l'instauration de la facturation informatisée, en 1979, divers procédés ont été mis au point par la Régie pour satisfaire les besoins individuels des dispensateurs de services assurés. En 1985, la facturation par télécommunication en mode synchrone venait s'ajouter à la facturation par ruban magnétique, puis, en 1986, la télécommunication en mode asynchrone et la facturation par disquette.

Actuellement, 26,8 % des dispensateurs utilisent la facturation informatisée pour 35,5 % des demandes de paiement présentées à la Régie.

Au 31 mars 1987, le volume total des demandes de paiement transmises à la Régie par facturation informatisée se répartissait comme suit :

L'évaluation et le contrôle des opérations

La direction de l'Administration des programmes doit aussi contrôler la qualité de ses opérations. Ce contrôle, sous la responsabilité de la direction de l'Évaluation et du Contrôle des opérations, prend entre autres la forme de vérifications par échantillonnages statistiques, extractions informatiques, introduction de sondeurs (demandes de paiement de contrôle), suivis d'indicateurs de performance et réalisation d'études spéciales. Au cours de l'exercice 1986-1987, 84 vérifications ont été effectuées donnant naissance à 70 rapports, 2 326 sondeurs ont été introduits dans les systèmes et 50 rapports ont été produits, 23 899 indicateurs ont été suivis et 113 rapports rédigés; 21 études spéciales ont aussi été effectuées.

Volume des demandes de paiement reçues selon les divers modes de facturation informatisée

	Médecins		Pharmaciens		Dentistes		Centres hospitaliers au Canada	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ruban magnétique	7 032 704	84,3	12 528 611	99,6	15 860	100	63 450	100
Télécommunication synchrone	728 258	8,7	—	—	—	—	—	—
Télécommunication asynchrone	470 840	5,6	—	—	—	—	—	—
Disquette	114 397	1,4	50 474	0,4	—	—	—	—
Total	**8 346 199**	**100,0**	**12 579 085**	**100,0**	**15 860**	**100**	**63 450**	**100**

– *La direction du Contrôle des programmes*

L'administration du régime d'assurance-maladie et des programmes qui sont confiés à la Régie par d'autres ministères ou organismes nécessite un ensemble de mécanismes de contrôle portant sur l'admissibilité des bénéficiaires ainsi que sur la conformité, l'authenticité et la fréquence ou la pertinence des services payés par la Régie (voir à l'Annexe 4 une description de ces mécanismes).

En plus des validations qui sont effectuées au cours du processus de traitement des demandes de paiement ou de remboursement des contrôles s'exercent après le paiement. Ces contrôles consistent en des analyses de profils de facturation des dispensateurs, des sondages auprès des bénéficiaires, des vérifications et des enquêtes.

Au 31 mars 1987, le bilan des activités de contrôle s'établit comme suit:

Dans le cadre de la vérification de l'admissibilité des personnes inscrites à la Régie, 2 280 personnes ont été reconnues non admissibles, et la Régie leur a réclamé 115 544 $.

La Direction a examiné 705 profils de médecins, 167 de dentistes et 573 de pharmaciens. Ont été retenus pour analyse plus poussée 468 profils de médecins, 87 de dentistes et 281 de pharmaciens et 284 professionnels de la santé ont eu des entrevues avec des confrères de la Régie. De plus, 4 cas ont été soumis au Comité de révision des omnipraticiens, 7 au Comité de révision des spécialistes et 3 au Comité de révision des dentistes.

À la suite d'analyses de profils de facturation, la Régie a procédé à des recouvrements auprès de 13 médecins omnipraticiens pour 100 308 $, de 150 médecins spécialistes pour 157 807 $, de 9 dentistes pour 9 445 $ et de 66 pharmaciens pour 83 763 $.

La Direction a envoyé 29 865 formulaires de vérification des services rendus à des bénéficiaires pour leur demander de confirmer ou d'infirmer l'authenticité d'un ou de plusieurs services reçus d'un dispensateur. Les bénéficiaires sont avisés de ne retourner ce formulaire que si la réponse est négative; le taux de retour a été de 0,07 %.

Par ailleurs, 383 dossiers d'enquêtes ont été ouverts au cours de l'année, s'ajoutant aux 123 dossiers en inventaire. Parmi ces 506 dossiers, 337 ont été fermés.

Quatre poursuites sommaires ont été intentées dont 1 contre un professionnel, 2 contre des bénéficiaires et 1 contre une clinique. Quatre poursuites criminelles ont également été intentées contre des bénéficiaires.

À la suite d'enquêtes, une somme de 328 916 $ a été recouvrée et se répartit comme l'indique le tableau ci-contre qui fournit des données comparatives pour les cinq dernières années.

Certains aspects des contrôles impliquent aussi un recours à d'autres organismes, les comités de révision, la Commission des affaires sociales et les ordres professionnels, qui ont le pouvoir de statuer en cette matière. Les autres tableaux indiquent le nombre de dossiers qui leur ont été soumis ainsi que les résultats, au cours des cinq dernières années.

Recouvrements à la suite d'enquêtes (nombre et montants)

	82-83		83-84		84-85		85-86		86-87	
	N	$	N	$	N	$	N	$	N	$
Omnipraticiens	25	169 128	12	66 813	21	266 778	110	316 421	148	152 097
Spécialistes	31	789 791	26	107 337	8	315 530	3	37 001	18	110 302
Dentistes	20	62 575	7	12 331	20	12 813	3	60 375	1	5 542
Optométristes	8	76 366	2	6 778	–	–	–	–	–	–
Pharmaciens	12	40 669	5	38 159	6	53 784	2	70 000	5	33 808
Orthésistes-prothésistes	1	27 968	–	–	2	29 983	1	186	–	–
Denturologistes	–	–	1	6 000	3	804	–	–	–	–
Autres	–	–	–	–	–	–	–	–	5	27 167
Total	**97**	**1 166 497**	**53**	**237 418**	**60**	**679 692**	**119**	**483 983**	**177**	**328 916**

Note: Ces recouvrements ne tiennent pas compte des sommes réellement perçues ni des jugements résultant des contestations devant les tribunaux compétents.

Recommandations des comités de révision (nombre et montants à recouvrer)

	82-83			83-84			84-85			85-86			86-87		
	R	NR	$	R	NR	$	R	NR	$	R	NR	$	R	NR	$
Omnipraticiens	4	–	277 520	4	2	163 533	3	3	202 689	4	5	55 606	4	2	63 880
Spécialistes	6	8	118 902	6	1	120 981	8	1	331 098	2	2	51 483	3	1	78 310
Dentistes	1	1	36 170	2	–	138 196	1	1	31 753	2	2	105 967	3	–	245 786
Optométristes*	3	1	18 610	4	2	38 277	4	0	65 338	0	0	–	1	–	32 249
Total	**14**	**10**	**451 202**	**16**	**5**	**460 987**	**16**	**5**	**630 878**	**8**	**9**	**213 056**	**11**	**3**	**420 225**

R: Avis de la Régie retenu.
NR: Avis de la Régie non retenu.
* Le comité n'a pu siéger pendant une partie de l'exercice à cause de postes vacants.

Appels à la Commission des affaires sociales en 1986-1987

	Présentés	Décisions	Favorables à la Régie	Favorables au professionnel	Désistements	À l'étude
Omnipraticiens	2	1	1	–	–	6
Spécialistes	3	6	4	2	2	3
Dentistes	–	–	–	–	–	–
Optométristes	–	–	–	–	1	–

Dossiers soumis aux ordres professionnels (nombre)

	82-83	83-84	84-85	85-86	86-87
Médecins	47	28	32	21	19
Dentistes	3	–	2	1	2
Optométristes	2	–	–	–	–
Pharmaciens	12	1	–	–	3
Total	**64**	**29**	**34**	**22**	**24**

3.2.2 Les unités de gestion des ressources

– La direction des Ressources humaines

Au cours de l'exercice 1986-1987, la direction des Ressources humaines a poursuivi les activités entreprises ces dernières années, entre autres en matière de développement, de formation et de gestion du personnel dans la perspective des besoins de l'organisme et des exigences gouvernementales, ainsi qu'en matière de santé et de sécurité au travail.

En ce qui concerne le développement des ressources humaines, les priorités qui avaient été définies pour 1985-1986 ont été reconduites en 1986-1987. Deux thèmes ont toutefois prévalu, à savoir l'adaptation aux changements et aux nouveaux outils technologiques et la gestion des ressources humaines.

L'importance des changements technologiques découlant de l'implantation du plan de développement informatique a nécessairement influencé les activités de développement, notamment auprès des professionnels et des gestionnaires. La plupart avaient pour principal objectif la familiarisation avec les nouveaux outils technologiques.

Par ailleurs, c'est la poursuite du programme de formation des gestionnaires de niveau intermédiaire qui a constitué l'activité la plus intensive au regard du thème «gestion des ressources humaines». Les objectifs de ce programme sont le développement de la capacité à travailler en équipe et le développement d'une responsabilisation plus grande. Issu d'un objectif du plan stratégique, le programme est réalisé par les conseillers du service du Développement organisationnel en collaboration avec des ressources externes.

Développement des ressources humaines

Répartition des jours-personnes	**1985-1986**	**1986-1987**
Par catégorie d'emploi		
Cadres et agents de maîtrise	787	647
Professionnels	702	916
Fonctionnaires et ouvriers	2 462	2 270
Total	**3 951**	**3 833**
Par thème de développement		
Formation en gestion	520	620
Expertise professionnelle	185	310
Expertise en informatique	903	1 063
Autres champs	720	502
Colloques	–	–
Congés pour études	1 623	1 338
Total	**3 951**	**3 833**

Au regard des autres thèmes retenus pour l'année 1986-1987 il faut également faire mention de certaines interventions du service du Développement organisationnel auprès du personnel d'encadrement et à l'égard de la relève. Ainsi, une démarche favorisant le développement des cadres supérieurs, en tant que groupe, a été entreprise au cours de l'année. Par ailleurs, quatre candidatures ont été retenues dans le programme de relève des cadres. La préparation à la relève s'effectue au moyen d'un programme de formation sur mesure, suivant des interventions adaptées aux besoins de chaque candidat.

Dans le cadre de ses préoccupations en matière de santé et de sécurité au travail, la Direction a procédé ou participé à des recherches, entre autres, sur :

- les atteintes inflammatoires des membres supérieurs chez les opératrices en saisie des données ;
- l'évaluation du système de ventilation et de climatisation et l'évaluation de la qualité de l'air dans nos locaux ;
- l'évaluation de la capacité de concentration des employés travaillant à l'aide de terminaux à écrans cathodiques.

Ces recherches ne sont pas toutes terminées et certains résultats seront connus au cours de la prochaine année.

Lors de la mise sur pied d'un projet interministériel de bureautisation des fonctions reliées à la gestion des ressources humaines, la Régie a accepté de participer à une expérience pilote portant sur deux des quatre fonctions prévues au projet, soit le « Support à la communication » et le « Support à la gestion documentaire ».

Bien que l'expérience se poursuive toujours, une évaluation préliminaire a été effectuée en février 1987 et un rapport sera soumis au Conseil du trésor au printemps en vue de statuer sur le maintien, la cessation ou le développement d'un tel projet.

Par ailleurs, afin de contribuer davantage à l'instauration d'un régime d'imputabilité favorisant un exercice plus direct des pouvoirs de gestion du personnel, la Régie a accepté la proposition de l'Office des ressources humaines de gérer la totalité des activités reliées à la tenue de concours réservés aux cadres supérieurs.

Depuis le 16 juin 1986, la Régie possède son propre fichier d'occasionnels en raison de la délégation aux ministères et organismes de cette responsabilité de Travail-Québec. Le fichier contient environ 5 000 noms dans les différents corps d'emploi intéressant la Régie et les inscriptions ont été faites au moyen du système informatique RB5000.

Pour la Régie, le fait de posséder son fichier accélère le processus d'engagement de personnel occasionnel et permet ainsi de donner un meilleur service aux gestionnaires puisqu'elle fait sa propre sélection en fonction de leurs demandes.

Cette année encore, des compressions budgétaires ont entraîné la mise en disponibilité d'un certain nombre d'employés. De concert avec l'Office des Ressources humaines, la Direction a multiplié ses efforts et réussi à replacer dans d'autres ministères 19 employés sur les 27 qui ont été touchés par les mesures de réduction d'effectif.

Cette préoccupation de la Direction à l'égard des mises en disponibilité l'a amenée à se pencher plus particulièrement sur le cas des auxiliaires en informatique puisque les postes en saisie des données diminuent constamment et que par le fait même ces employés sont les plus susceptibles d'être affectés par les réductions d'effectif.

Un programme mis sur pied en collaboration avec d'autres unités de la Régie a donc démarré en avril 1986 en vue, d'une part, de recycler les auxiliaires en soutien administratif et en bureautique et, d'autre part, de former une unité centrale de traitement de textes à la disposition de toute la Régie. Trente employés ont ainsi bénéficié tout au long de l'année d'une formation individuelle complétée par des stages dans d'autres unités.

– *La direction des Ressources financières et matérielles*

Les immeubles

À l'automne 1986, la direction des Ressources financières et matérielles déplaçait ses stocks de fournitures du 1235, boulevard Charest au 1155, rue des Artisans, à Québec. Le nouvel entrepôt a été aménagé en fonction des besoins de la Régie et les employés, pour leur part, y trouvent un cadre de travail agréable et fonctionnel.

Par ailleurs, la Régie a doté son édifice de Sillery d'un nouveau système téléphonique à la suite d'une étude menée avec le ministère des Communications. Ce système répond plus adéquatement aux exigences des diverses unités administratives et de la clientèle de la Régie, tout en permettant de rationaliser l'utilisation des appareils et en facilitant leur déplacement d'un poste de travail à un autre.

L'équipement informatique

Conformément au plan de développement informatique que s'est donné la Régie, des modifications substantielles ont été apportées à l'équipement du Centre de traitement des données, de façon à pouvoir faire face à des exigences de plus en plus grandes:

- en janvier 1987, l'ordinateur Amdahl 5870, d'une capacité d'environ 21 MIPS (millions d'instructions par seconde) a fait place à un Amdahl 5890-300 pouvant traiter environ 40 MIPS;
- le parc de disques a subi une transformation majeure; près de la moitié de l'équipement d'emmagasinage de données utilisait un procédé désuet et d'entretien difficile. La Régie dispose maintenant uniquement de disques à accès direct, de technologie récente et d'une capacité de 105 gigaoctets (milliards de caractères);
- les dérouleurs de rubans magnétiques ont été en grande partie remplacés par des dérouleurs de cassettes. Il en reste actuellement six, les 18 autres ayant fait place à 14 unités doubles de dérouleurs de cassettes. Avec ce nouveau procédé, le transfert des données se fait quatre fois plus vite, soit à trois mégaoctets (millions de caractères) par seconde.

Dans les autres unités administratives, le nombre de postes de travail informatisés est passé à 759 au cours de la dernière année et l'équipement comprend maintenant 577 écrans reliés à l'ordinateur central, 96 écrans de traitement de textes et 86 micro-ordinateurs dont 55 sont aussi reliés à l'ordinateur central.

Le mode d'acquisition de l'équipement informatique

Au cours de l'année, la Direction a fait une analyse de tous ses contrats de location d'équipement informatique; ceci l'a menée à adopter par la suite le crédit-bail pour financer l'acquisition de la presque totalité du matériel actuellement loué de la compagnie I.B.M. Cette solution s'avère des plus avantageuses, étant donné la baisse générale des taux d'intérêt.

Les recouvrements des tiers responsables

Une étude effectuée l'année dernière recommandait la révision du système de recouvrement des tiers responsables en vue de remédier aux faiblesses qui y avaient été décelées. Cette révision est actuellement en cours et elle prévoit la mise en place, pendant la prochaine année, de mécanismes qui faciliteront la détection des cas potentiels et la gestion des dossiers, tout en réduisant les interventions manuelles. Ces mesures permettront d'augmenter la valeur des recouvrements et de réduire les délais.

Au cours de 1986-1987, une somme de 2 922 249 $ a été recouvrée pour un total de 1 824 réclamations.

– *La direction des Systèmes*

L'exercice 1986-1987 a été marqué, à la direction des Systèmes, par plusieurs réalisations importantes.

La télécommunication des informations de paiement

En 1985, la Régie mettait au point un premier système de facturation par télécommunication qui utilisait le mode synchrone; il s'adressait cependant à une clientèle restreinte. En 1986, par suite de nouveaux développements, la Direction était en mesure d'offrir les systèmes de facturation par télécommunication asynchrone et par disquette, adaptés à une plus large clientèle.

La sécurité d'accès aux données

Depuis plusieurs années, la Régie se préoccupe de la sécurité des données de l'ordinateur central pour de multiples raisons, entre autres l'accessibilité de plus en plus grande des données, l'avènement de la bureautique et du courrier électronique ainsi que les nouveaux systèmes entièrement interactifs.

Au cours de l'exercice 1986-1987, la Direction a donc terminé l'implantation, dans tous les réseaux du centre de traitement de la Régie, du logiciel de sécurité ACF2 qui limite l'accès aux données au seul personnel qui détient une autorisation. Une politique et une procédure d'accès aux données de l'ordinateur central ont également été élaborées et mises en application.

Le développement des nouveaux systèmes

En 1986-1987, la Direction a achevé la refonte, entreprise au cours de l'exercice précédent, de plusieurs systèmes désuets ou partiellement informatisés en utilisant le nouvel environnement informatique de la Régie, soit la base de données relationnelle et le langage de quatrième génération pour la programmation.

D'autres systèmes sont en voie de développement et certains seront implantés prochainement:

- les systèmes de gestion des tables de validation pour les principaux programmes administrés par la Régie et concernant
  - la rémunération différenciée (système implanté);
  - la validation de recevabilité et de calcul;
  - la gestion des règles et réseaux de validation;
  - la validation historique;
  - la refonte du système des services rendus hors Québec;
  - la refonte du système de tierce responsabilité;
  - la refonte des systèmes de paiement.

Le cadre normatif

Dans un environnement hautement informatisé comme celui de la Régie, il est important de bien gérer ses actifs, entre autres les systèmes, les données et la configuration informatique elle-même. C'est pourquoi la Direction a élaboré au cours de l'année un «cadre normatif», c'est-à-dire un recueil de toutes les façons de faire pour le développement, l'entretien et l'exploitation de tous les systèmes de la Régie. Il a plus précisément pour objectifs:

- d'assurer l'uniformité dans le développement des nouveaux systèmes;
- d'assurer la meilleure qualité de produit;
- de faciliter l'évolution et l'exploitation des systèmes et de leur assurer une durée de vie plus longue;
- d'augmenter de façon substantielle la productivité du personnel de la Direction.

3.2.3 Les unités de support

- *La direction du Contentieux et du Secrétariat*

Sur le plan juridique, les activités les plus importantes ont eu trait à l'élaboration de dossiers relatifs à l'échange de renseignements avec d'autres organismes, à l'étude des problèmes rattachés à la mise en place de la nouvelle entente des médecins spécialistes et aux modifications législatives ou réglementaires découlant notamment des changements apportés à la Charte des droits et libertés.

Par ailleurs, le nombre de dossiers de nature litigieuse ainsi que les représentations devant les tribunaux judiciaires et administratifs ont augmenté sensiblement de même que les demandes d'avis juridiques. Le service Juridique a également participé à la révision de plusieurs programmes confiés à la Régie par le gouvernement.

Pour ce qui est du secrétariat des comités, il y a lieu de mentionner la tenue de neuf réunions du Conseil d'administration, deux du Comité de vérification, de 50 réunions du Comité de régie interne et de 10 réunions du Comité de contrôle de l'application des programmes. D'autre part, les comités de révision institués en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie ont tenu 57 réunions.

L'application de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (Loi 65)

Au printemps dernier, la Commission d'accès à l'information a recommandé au gouvernement le maintien des dispositions de la Loi sur l'assurance-maladie relatives à la confidentialité des renseignements nominatifs, sous réserve d'y apporter certains ajustements mineurs. Cette recommandation s'inscrit dans un processus de révision des dispositions inconciliables avec la Loi sur l'accès et entérine pour l'essentiel la position prise par la Régie dans ce dossier.

Par ailleurs, à titre de responsable désigné en vertu de la Loi sur l'accès, le secrétaire de la Régie a reçu 23 demandes d'accès à des renseignements nominatifs ou à des documents. Les décisions ont fait l'objet de 2 demandes de révision à la Commission d'accès à l'information.

Le système intégré de gestion des documents

Le système intégré de gestion des documents administratifs vise à permettre à la Régie d'assumer adéquatement les obligations imposées par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et par la Loi sur les archives, tout en améliorant nettement l'efficacité et l'efficience de l'ensemble de ses activités reliées à la gestion des documents.

L'année 1986-1987 aura été celle de la mise au point du prototype du système. La deuxième étape du projet-pilote, soit celle de l'expérimentation sur le site administratif choisi, devrait se terminer à l'automne 1987 et l'élargissement du système à la Régie, s'échelonner sur les douze mois suivants.

Ce projet est susceptible d'intéresser plusieurs ministères et organismes gouvernementaux puisque la gestion documentaire est une préoccupation commune à tous, particulièrement dans un contexte de rationalisation de la gestion gouvernementale.

– *La direction de la Planification stratégique*

Le plan d'action 1986-1989 prenait effet en début d'année et les principales activités de la Direction, au cours de l'année 1986-1987, ont été orientées vers la réalisation du plan stratégique qui en constitue le principal élément.

La Direction a instauré un mécanisme de suivi des projets stratégiques qui lui a permis de connaître constamment leur évolution et d'en informer les autorités de la Régie. Le directeur, en participant d'office à tous les comités directeurs de projets a pu s'assurer du respect des orientations prises par le Comité de régie interne et l'en informer. La Direction a de plus contribué à l'orientation et à l'uniformisation de la gestion de projets à la Régie en publiant un guide et en intervenant de façon ponctuelle auprès des gestionnaires de projets. Elle a aussi collaboré avec la direction des Ressources financières et matérielles au suivi des coûts et à la révision des prévisions budgétaires de l'ensemble des projets.

À la fin de l'exercice, un bilan a été préparé et le plan stratégique a été révisé pour refléter la situation et tenir compte de projets nouveaux pour la prochaine année.

– *Le service des Communications*

Les activités du service des Communications ont été orientées cette année vers la recherche de nouveaux moyens pour bien servir ses usagers et se rapprocher davantage de la population.

Le Service a entre autres proposé et organisé, de concert avec la direction des Services à la clientèle, une tournée dans les villes de Sept-Îles, Trois-Rivières et Sherbrooke où la Régie ne s'était pas rendue depuis de nombreuses années. Les personnes âgées, rencontrées individuellement ou en groupes, ont particulièrement apprécié les échanges plus personnels qu'ils ont eus avec les préposés. À Québec la Régie était présente au premier Salon des Aînés et à Hull et Montréal, aux salons et expositions auxquels elle participe régulièrement.

Par ailleurs, les publications du Service font actuellement l'objet d'une réflexion portant à la fois sur leur contenu et sur leur diffusion en vue d'en faire des véhicules d'information adaptés à une population dont les besoins changent.

Deux décisions administratives importantes concernant le port obligatoire de la carte d'assurance-maladie et l'addition d'une formule de dons d'organes au dos de la carte ont suscité une publicité spéciale par l'entremise de la presse et d'une affiche qui a été réalisée par le Service et largement diffusée dans le réseau de la santé et divers médias.

Le Service a aussi réalisé un nouveau vidéo, sur la facturation des honoraires, cette fois; il est utilisé par le personnel de l'Assistance technique comme support aux séances d'information qui se tiennent dans les universités à l'intention des futurs professionnels de la santé.

À ces activités s'ajoute la publication du *Bulletin*, un trimestriel d'information générale destiné principalement aux dispensateurs de services assurés, des *Statistiques annuelles 1985* et de la série des *Abrégés des statistiques 1985*, du *Rapport annuel 1985-1986*, de communiqués, de chroniques et de publicité dans divers journaux et magazines.

Le Service a également accueilli de nombreux visiteurs à la Régie, et fourni son support aux autres unités de la Régie en matière d'audiovisuel, de rédaction et de production du *Bloc-Notes*, le journal des employés, de documents d'information et de matériel publicitaire à usage interne.

– *Le service de l'Évaluation des systèmes de gestion*

Au cours de l'année, le service de l'Évaluation des systèmes de gestion a complété un mandat d'évaluation de la fonction « contrôle de l'application des programmes » qui a mis en lumière l'opportunité et la faisabilité d'un système de planification conduisant à dégager des orientations stratégiques et à déterminer les actions conséquentes.

La réalisation de ce mandat aura également pour effet d'aider la Régie à statuer sur sa politique de contrôle des programmes en recherchant une harmonie avec les préoccupations des clients de la fonction et ce, dans un contexte de croissance des situations à contrôler et dans une perspective de rationalisation des ressources qui y sont affectées.

Parallèlement aux interventions actuelles qui consistent principalement à « agir » auprès des bénéficiaires et des dispensateurs de services, le principe mis de l'avant fait porter l'action sur les « situations d'envergure », et surtout sur leurs causes fondamentales et les circonstances qui en sont à l'origine. Un nouveau type d'intervention a donc été proposé en vue de traiter de telles situations selon un plan intégré qui couvre l'ensemble des programmes; celui-ci implique deux résultantes principales, l'une consistant à évaluer l'ampleur véritable des situations et l'autre, à proposer des moyens d'action adaptés à l'ampleur des situations.

Le Service a, par ailleurs, entrepris deux nouveaux mandats au cours de l'exercice, l'un porte sur la fonction « traitement et paiement des services » et l'autre sur la fonction « révision et implantation des ententes et accords ».

Enfin, comme chaque année, le Service a effectué un suivi trimestriel des recommandations qui proviennent de ses rapports, ainsi que de celles qui figurent au rapport du Vérificateur général.

3.2.4 La performance

Pour exercer son mandat, la Régie s'est fixé des objectifs portant, entre autres, sur la rationalisation de ses ressources humaines, informationnelles, matérielles et financières.

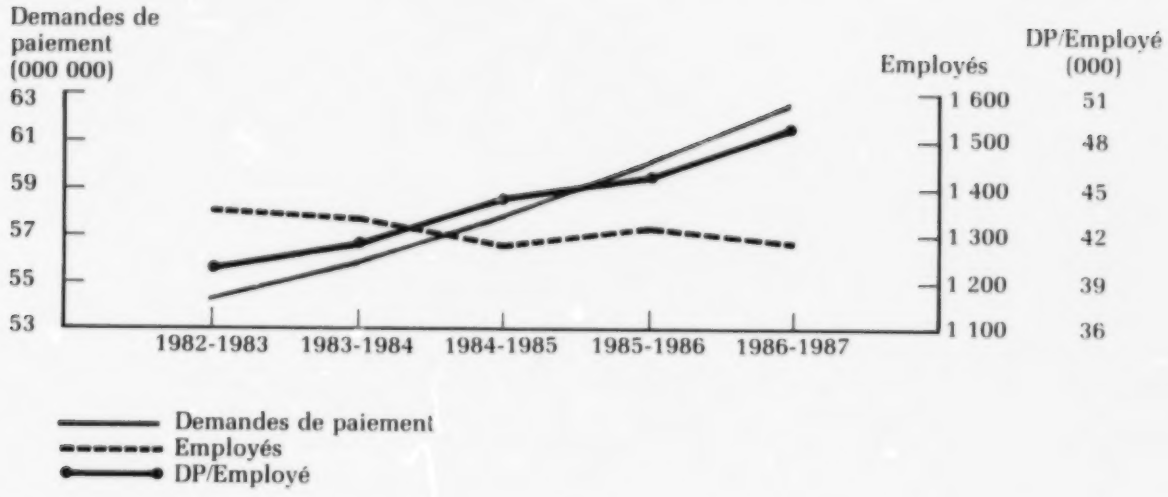
En 1986-1987, elle a continué à apporter une attention particulière au développement de l'organisation par la mise sur pied de nouveaux programmes de formation des employés, l'introduction ou l'amélioration d'outils de gestion, le développement et la modification des systèmes informatiques et de l'équipement.

Tout en tenant compte des ressources investies au cours des deux dernières années dans la réalisation du plan de développement informatique, la productivité a continué à augmenter. Son taux de croissance s'établit en effet à 5,2 % en moyenne depuis 1982-1983.

Comme on peut le constater sur les graphiques 10 et 11, le nombre de demandes de paiement et de remboursement traitées par employé progresse sans cesse, tandis que les frais d'administration par demande de paiement se maintiennent toujours à moins d'un dollar.

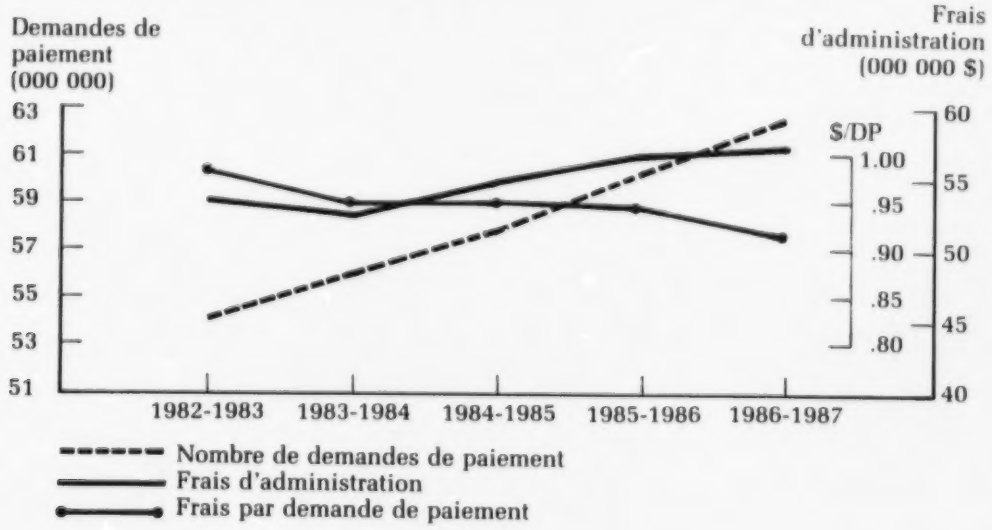
Graphique 10

Demandes de paiement traitées



Graphique 11

Frais d'administration par demande de paiement



3.3 Le plan d'action 1986-1989

Les objectifs généraux du plan d'action 1986-1989 découlent directement de la mission de la Régie. Ils sont au nombre de sept, dont cinq reliés aux programmes et deux reliés aux ressources. Dix-huit objectifs stratégiques se greffent aux objectifs généraux, dont dix au premier groupe et huit au second. L'ensemble de ces objectifs définit ainsi les éléments privilégiés de la démarche de la Régie dans sa poursuite de l'excellence:

A. Les programmes

- Amélioration du paiement des services assurés aux dispensateurs et aux bénéficiaires par l'optimalisation de l'application de la loi, des ententes et des accords et par l'intégration des nouveaux programmes confiés à la Régie.

- Amélioration des contrôles exercés par une approche basée sur le niveau des risques de paiements indus et par la révision des dispositions relatives au contrôle prévues à la loi.

- Amélioration des services à la clientèle, portant sur les services d'assistance et d'information aux dispensateurs de services, aux bénéficiaires et au public en général.

- Amélioration de la qualité des fichiers par la révision des renseignements qui y sont contenus et par la disponibilité de systèmes faciles d'exploitation.

- Contribution à l'élaboration, à la révision et à l'évaluation des programmes par l'exercice des activités d'évaluation nécessaires à leur bonne administration.

B. Les ressources

- Orientation de la gestion des ressources humaines vers les besoins de l'organisation, tout en considérant les attentes des employés, par l'adhésion des employés aux objectifs de l'organisation, par la responsabilisation des gestionnaires dans leur fonction et leur formation à gérer le changement, par l'amélioration de la qualité de vie, notamment dans l'organisation du travail, par la préparation des ressources humaines à recevoir l'évolution technologique et par la conception des postes de travail de façon à favoriser la productivité, la gestion et le bien-être des employés.

- Rationalisation de l'utilisation des ressources matérielles, informationnelles et financières par l'accessibilité et la diffusion systématique de l'information opérationnelle et administrative, par la recherche du meilleur rapport qualité-coût dans l'acquisition des biens et services et par l'optimalisation de leur utilisation et de la gestion financière.

Le plan stratégique

La réalisation du plan stratégique a mobilisé en cours d'année des énergies considérables et suscité des périodes d'activité intense.

Afin d'assurer l'uniformité et le respect des orientations de la direction dans la gestion des projets, la Régie s'est dotée d'un guide comportant une méthodologie et une structure type de gestion de projet. Ce guide prévoit entre autres, pour chaque projet, la participation de tous les secteurs opérationnels ou administratifs intéressés, sous la coordination d'un gérant de projet, et celle de tous les paliers de gestion afférents, à l'un ou l'autre niveau de la structure type.

La réalisation des divers projets a donc impliqué des efforts tant de la part des gestionnaires que du personnel professionnel, technique et de bureau, certains à temps plein pour la durée d'un projet, d'autres à temps partiel.

L'effort en personnel non gestionnaire a été de l'ordre de 95 années-personnes, représentant des coûts de l'ordre de 4 000 000 $.

Sur les 61 projets que comporte le plan, 36 ont été entrepris pendant l'année, dont 9 ont été menés à terme et 27 sont en voie de réalisation; 4 ont été annulés parce que l'évolution du contexte les a rendus non pertinents et 21 ont été reportés à plus tard, soit parce qu'ils sont la suite logique d'autres projets, soit pour des raisons d'ordre budgétaire. De plus, 1 projet ajouté en cours d'année est en voie de réalisation et 3 projets entrepris dans le cadre du plan stratégique 1983-1986 ont requis plus d'efforts et de temps que prévu et se sont terminés cette année.

Parmi les 36 projets engagés, 24 visent les programmes et 12 visent les ressources. La répartition des 9 projets terminés est, dans le même ordre, 6 et 3. Le projet ajouté de même que 2 des 3 projets du plan stratégique précédent terminés cette année visent les programmes.

Le projet terminé ayant l'impact le plus important est l'optimalisation de la facturation informatisée qui a permis l'ajout de la télécommunication asynchrone et des disquettes aux modalités déjà existantes: télécommunication synchrone et rubans. Ce projet a déjà donné des résultats concrets illustrés à la page 41, résultats qui devraient être non seulement récurrents mais croissants d'année en année.

Les résultats anticipés des 18 projets en voie de réalisation qui visent les programmes amélioreront à la fois l'efficacité et l'efficience des opérations; ces résultats seront de plus supportés par ceux des 9 projets, également en voie de réalisation, visant les ressources.

La réalisation du plan stratégique est donc bien engagée et a déjà commencé à produire des effets positifs.

Si les compressions budgétaires, auxquelles la Régie est assujettie comme tous les organismes gouvernementaux, rendent la réalisation du plan stratégique plus difficile, elles la rendent également plus nécessaire car elle est la source principale des améliorations en efficacité et en efficience qui permettent d'absorber ces mêmes compressions en minimisant leur impact sur la qualité de l'administration des programmes et des services à la clientèle. La Régie entend donc continuer à faire tous les efforts possibles pour poursuivre la réalisation de son plan stratégique.

Annexe 1

Description sommaire des programmes

A- Programmes administrés par la Régie en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement
Services médicaux - déterminés par la loi - pour tous les bénéficiaires	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
- pour les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle	1er février 1986	Commission de la santé et de la sécurité du travail
Services optométriques - déterminés par règlement - pour tous les bénéficiaires, sauf examen d'orthoptique pour les 16 ans ou moins	1er novembre 1970	Fonds des services de santé Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu (MMSR) pour les bénéficiaires de l'aide sociale (BAS)
Services de chirurgie buccale - déterminés par règlement - pour tous les bénéficiaires	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
Services dentaires - déterminés par règlement		
- pour les enfants	1er mai 1974	Fonds des services de santé
- pour les bénéficiaires de l'aide sociale	9 avril 1979	MMSR
Médicaments et services pharmaceutiques - déterminés par règlement		
- inscrits sur la liste de médicaments		
- pour les bénéficiaires de l'aide sociale	1er août 1972	MMSR
- pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à l'aide sociale	1er octobre 1975	Fonds des services de santé
- pour les 65 ans ou plus	1er octobre 1977	Fonds des services de santé
- pour les personnes de 60 à 64 ans, dont le conjoint est décédé, qui bénéficient du programme de Sécurité de la vieillesse	1er octobre 1985	Fonds des services de santé
Prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs ou autres équipements - déterminés par règlement - pour les personnes handicapées	1er juillet 1975	Fonds des services de santé MMSR pour les BAS
Aides visuelles - déterminées par règlement - pour les handicapés visuels		
• de moins de 36 ans ou	1er décembre 1978	Fonds des services de santé
• de 36 ans ou plus ayant déjà une aide prêtée	23 septembre 1981	
• de 36 ans ou plus étudiant ou travaillant et n'ayant jamais eu d'aide prêtée	8 septembre 1984	

A- Programmes administrés par la Régie en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie (suite)

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement
Aides auditives		
– déterminées par règlement		Fonds des services de santé
– pour les handicapés auditifs		
• nés après le 22 août 1961 ou	22 août 1979	MMSR pour les BAS
• étudiants de moins de 36 ans ou	22 août 1979	
• de moins de 36 ans et souffrant d'une déficience d'au moins 35 décibels ou	22 août 1979	
• de 36 ans ou plus et possédant déjà une aide payée par la Régie	2 juillet 1981	
Bourses de recherche	10 septembre 1975	Fonds des services de santé
– déterminées par règlement		
– pour des personnes qui désirent faire de la recherche au Québec dans une science de la santé		
Bourses d'études	11 juin 1975	Fonds des services de santé
– déterminées par règlement		
– pour des étudiants en médecine et en médecine dentaire		
– en échange de services futurs dans des territoires où il y a pénurie de médecins et de dentistes		
– pour les résidents en médecine familiale	20 novembre 1985	

B- Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement	Décrets et accords
Prothèses mammaires pour les bénéficiaires ayant subi une mastectomie totale ou radicale	1er janvier 1978	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ AC-4413-77 AC-3326-79
Services hospitaliers rendus hors du Québec	29 janvier 1976	Ministère de la Santé et des Services sociaux	Accord MSSS-RAMQ AC-4835-75
Prothèses oculaires pour les bénéficiaires ayant subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent	1er avril 1981	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 778-81
Appareils fournis aux stomisés permanents – Remboursement d'un montant compensatoire annuel de 300 $ à tous les bénéficiaires – Remboursement de l'excédent de ce montant compensatoire aux bénéficiaires de l'aide sociale	1er avril 1981	Fonds des services de santé Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu	Accord MSSS-RAMQ Décret 780-81
Services hospitaliers fournis dans une province à des résidents d'une autre province	1er octobre 1981	Recouvrements de la province de résidence	Accord MSSS-RAMQ Décret 2240-82
Prothèses dentaires pour les bénéficiaires de l'aide sociale	9 avril 1979	Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu	Accord MMSR-RAMQ AC-3112-79
Aides pour les handicapés auditifs de plus de 36 ans qui bénéficient de l'aide sociale	2 juillet 1980	Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu	Accord MMSR-RAMQ Décret 1751-80
Rémunération des médecins résidents et des internes	3 septembre 1978	Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science	Accord MESS-RAMQ Décret 2000-78 Décret 1263-82
Patients d'exception atteints de maladies graves ou chroniques auxquels sont fournis des médicaments non inscrits sur la liste	1er janvier 1983	Ministère de la Santé et des Services sociaux	Accord MSSS-RAMQ Décret 691-83 Décret 2678-83
Paiement des vasectomies	1er avril 1986[1]	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 79-86

1. Application rétroactive au 1er janvier 1986.

B- Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie (suite)

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement	Décrets et accords
La Régie administre deux autres programmes qui n'ont pas trait à une couverture de services			
Services assurés pour les ressortissants étrangers ayant conclu un accord avec la Régie et versé une prime	1er novembre 1976	Prime payée par les ressortissants étrangers	Accord MSSS-RAMQ AC-3770-76 Décret 3221-80 Décret 1786-82 Décret 2547-82 Décret 608-83
Tierce responsabilité visée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi sur l'assurance-hospitalisation	29 octobre 1975	Recouvrements des tiers responsables	Accord MSSS-RAMQ AC-4836-75 Décret 3220-80 Décret 2547-82 Décret 609-83

Les services médicaux

Le programme de services médicaux s'adresse à tous les résidents du Québec. Il comprend les services préventifs, diagnostiques, curatifs et de réadaptation rendus par les médecins à leur cabinet, à domicile ou dans les établissements y compris ceux rendus par les médecins dans le cadre des lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Les services optométriques

Le programme de services optométriques est accessible à tous les résidents du Québec. Il couvre les examens de la vision, les examens spécifiques (l'orthoptique étant réservée aux moins de 16 ans), les recommandations faites au bénéficiaire et la prescription d'un traitement, s'il y a lieu.

Les services dentaires

Les services dentaires se décomposent comme suit :

un programme de chirurgie buccale qui s'adresse à tous les résidents du Québec. Les services doivent être donnés dans un centre hospitalier par un dentiste, spécialiste ou non ;

un programme de services dentaires pour les jeunes de moins de 16 ans et pour les personnes de tout âge qui sont admissibles à l'aide sociale depuis au moins six mois. Les services doivent être donnés par un dentiste, spécialiste ou non ;

un programme de prothèses dentaires pour les personnes qui sont admissibles à l'aide sociale depuis au moins six mois. Les services peuvent être donnés soit par un dentiste, spécialiste ou non, soit par un denturologiste.

Programmes	Bénéficiaires	Services assurés
Chirurgie buccale*	Tous	Examens, consultations, radiographies, ouverture d'urgence de la chambre pulpaire, services de chirurgie sauf l'ablation de dents et de racines.
Services dentaires pour les enfants	0-11 ans	Examens, consultations, radiographies, obturations, couronnes, traitement de la pulpe, traitement de canal sur dent permanente, services de chirurgie, y compris l'ablation de dents et de racines.
	12 ans	Les mêmes que ci-dessus plus enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure.
	13-15 ans	Examens, consultations, radiographies, enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure, services de chirurgie sauf l'ablation de dents et de racines. L'obturation n'est pas assurée.
Services dentaires pour les bénéficiaires de l'aide sociale**	Tous	Mêmes services que pour les enfants de 12 ans ou moins, en excluant le traitement de canal sur dent permanente et l'application topique de fluorure, et en ajoutant le détartrage.
Prothèses dentaires pour les bénéficiaires de l'aide sociale**	Tous	Une prothèse complète ou partielle par maxillaire tous les cinq ans. Réparation ; regarnissage et remplacement des prothèses à certaines conditions.

* Dans les centres hospitaliers seulement.
** À condition d'être admissible à l'aide sociale depuis *six mois*.

Les médicaments et les services pharmaceutiques

Le programme de médicaments et services pharmaceutiques s'adresse aux bénéficiaires de l'aide sociale et à toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus et aux personnes de 60 à 64 ans qui reçoivent l'allocation de conjoint en vertu de la Loi sur la Sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit à l'aide sociale. Il s'adresse également à toutes les personnes de 60 à 64 ans dont le conjoint est décédé et qui bénéficient du programme de Sécurité de la vieillesse. Il couvre les médicaments et les services fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste pourvu que ces médicaments soient inscrits sur une liste dressée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, sur la recommandation du Conseil consultatif de pharmacologie.

Par ailleurs, une procédure, dite «du médicament d'exception», permet à des bénéficiaires d'obtenir, si le prescripteur en fait la demande à la Régie, certains médicaments utilisés à des fins thérapeutiques particulières et déterminés par règlement.

Un autre programme, dit des «patients d'exception» et administré par la Régie pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux, vise à fournir des médicaments qui ne sont pas inscrits sur la liste lorsque la gravité et la chronicité de la maladie, de même que le coût du traitement, imposent au bénéficiaire un fardeau financier difficilement acceptable et risquent d'entraîner son hospitalisation.

Les prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs ou autres équipements

Le programme des prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs ou autres équipements s'adresse aux personnes handicapées. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des prothèses et des appareils qui sont déterminés par règlement et qui suppléent une déficience ou une difformité physique.

Les aides visuelles

Le programme d'aides visuelles s'adresse à certaines conditions aux handicapés visuels qui ont l'âge déterminé par règlement et à ceux qui ont besoin de ces aides pour travailler ou pour étudier. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des aides à la lecture, à l'écriture et à la mobilité qui sont inscrites sur la liste des aides assurées. Certaines personnes admissibles au programme ont également droit à des accessoires et au remboursement d'une partie des frais d'acquisition d'un chien-guide et à une allocation annuelle pour son entretien.

Les aides auditives

Le programme d'aides auditives s'adresse à certaines conditions aux handicapés auditifs qui ont l'âge déterminé par règlement ainsi qu'aux bénéficiaires de l'aide sociale. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des appareils auditifs intra-auriculaires, contour d'oreille, sur lunettes et de corps qui figurent sur la liste des aides auditives approuvées par le gouvernement et auxquelles ont droit les personnes admissibles, à raison d'un appareil par oreille. Selon certaines modalités, le programme couvre également, pour chaque appareil, le coût des accessoires: embouts, harnais et pochettes; les piles sont fournies seulement lors de l'attribution d'une aide auditive.

Les prothèses mammaires

Le programme des prothèses mammaires externes s'adresse à toutes les personnes qui ont subi une mastectomie totale ou radicale et couvre une partie des frais d'achat de deux prothèses mammaires externes par sein, par période de deux ans.

Les appareils fournis aux stomisés permanents

Le programme d'appareils fournis aux stomisés permanents est destiné à toute personne qui a subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanente. Il consiste en une allocation couvrant une partie des frais d'appareils et d'accessoires. Ces frais sont payés en totalité pour les bénéficiaires de l'aide sociale.

Les prothèses oculaires

Le programme de prothèses oculaires s'adresse à toutes les personnes qui ont subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent. Il consiste dans le versement d'une allocation couvrant en partie l'achat et l'ajustement d'une prothèse oculaire par oeil par période de cinq ans, ainsi qu'une allocation annuelle pour réparation ou entretien.

Les bourses d'études et de recherche

En vertu de la Loi sur l'assurance-maladie, le ministre de la Santé et des Services sociaux peut accorder à des étudiants en médecine et en médecine dentaire des bourses d'études payées par la Régie. En échange, les boursiers acceptent de fournir des services assurés dans des territoires et pour une période fixés par le Ministre. Par ailleurs, un programme de bourses de recherche est administré par le Fonds de la recherche en santé du Québec dans lequel la Régie transfère chaque année une somme pouvant représenter jusqu'à 0,4 % de la rémunération totale versée aux professionnels de la santé pendant l'exercice financier précédent.

Les services hospitaliers rendus hors du Québec

Les services hospitaliers rendus hors du Québec mais au Canada sont couverts en entier conformément aux ententes interprovinciales. Le programme de services hospitaliers rendus hors du Canada couvre uniquement et en partie seulement les services hospitaliers qui découlent d'une maladie subite ou d'une situation d'urgence.

Par contre, la Régie paie en entier l'hospitalisation hors du Canada des personnes dont l'état de santé nécessite des services médicaux qui ne peuvent être fournis au Québec. Ces personnes doivent au préalable obtenir l'autorisation de la Régie.

Les services hospitaliers rendus au Québec à des résidents des autres provinces

Le programme de services hospitaliers rendus au Québec à des résidents des autres provinces et des territoires prévoit le paiement par la Régie des services couverts par l'assurance-hospitalisation et fournis dans les établissements du Québec à des personnes domiciliées dans d'autres provinces ou dans les territoires du Canada; en retour, ceux-ci défraient les services fournis à des Québécois dans leurs établissements. La province où les services sont fournis récupère de la province d'origine du patient les sommes que lui ont coûté ces services.

Annexe 2

L'admissibilité au régime

Selon les dispositions générales de la Loi sur l'assurance-maladie, est bénéficiaire du régime d'assurance-maladie toute personne qui réside au Québec lorsque la loi l'autorise à être ou à rester au Canada et qu'elle demeure au Québec et y est ordinairement présente, sauf si elle est un touriste, si elle est de passage au Québec ou y est un visiteur, et qui, en outre, est dûment inscrite à la Régie. Lorsqu'une personne est déclarée admissible, la Régie lui délivre une carte d'assurance-maladie valide pour une période déterminée et la renouvelle automatiquement à son expiration si la personne demeure admissible.

D'autre part, sont admissibles au régime d'assurance-maladie les ressortissants étrangers et les personnes à leur charge qui:

- séjournent au Québec dans le cadre d'un programme d'échange agréé par le gouvernement du Québec et un gouvernement étranger, grâce à une entente conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre des Relations internationales;
- détiennent un certificat d'acceptation délivré par le ministre des Communautés culturelles et de l'Immigration et
  - qui séjournent temporairement au Québec pour y travailler ou
  - qui séjournent au Québec en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages du ministère de l'Éducation ou du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science.

Les ressortissants étrangers au service d'un gouvernement autre que celui du Canada ou du Québec ou au service d'un organisme étranger reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux sont également admissibles au régime à condition qu'ils paient une prime annuelle dont le montant est fixé par le gouvernement.

Les ressortissants étrangers inscrits à la Régie en vertu des dispositions précédentes reçoivent une carte d'assurance-maladie pour la durée de leur admissibilité au régime.

Une personne cesse d'être admissible au régime lorsqu'elle:

- quitte le Québec pour s'établir dans une autre province et ce, à compter du premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée dans cette province;
- conserve une résidence à l'extérieur du Québec à moins de démontrer qu'elle demeure au Québec et y est ordinairement présente pendant au moins 183 jours par année;
- séjourne hors du Québec pendant plus de douze mois et ce, à compter du dernier jour du douzième mois suivant la date de son départ du Québec sauf s'il s'agit d'un étudiant inscrit dans un établissement reconnu, d'un stagiaire en recherche non rémunéré, d'un fonctionnaire du gouvernement du Québec en poste à l'extérieur du Québec ou d'une personne employée par un organisme sans but lucratif ayant son siège social au Canada et travaillant à l'étranger dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- séjourne hors du Québec et s'y établit avant la fin du douzième mois qui suit la date de son départ du Québec.

Annexe 3

Les ententes avec les professionnels de la santé

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, avec l'approbation du gouvernement, conclut des ententes avec les différentes fédérations et associations de professionnels de la santé, soit : la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec, l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec, l'Association des optométristes du Québec, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, ainsi que la Fédération des médecins résidents et des internes du Québec. Ces ententes fixent le cadre normatif de l'exercice professionnel au regard du régime, ainsi que les dispositions relatives à la rémunération des professionnels. La Régie est liée par ces ententes et doit veiller à leur application.

Le statut des professionnels

Selon la Loi sur l'assurance-maladie les professionnels de la santé peuvent choisir l'un des trois statuts suivants : professionnel soumis à une entente, désengagé (sauf les pharmaciens) ou non participant.

Le professionnel soumis à une entente exerce dans le cadre du régime et il est rémunéré par la Régie au tarif fixé par l'entente.

Le professionnel désengagé exerce hors du cadre du régime mais accepte d'être rémunéré au tarif fixé par l'entente. Ses patients se font rembourser le montant des honoraires par la Régie et le paient ensuite.

Le professionnel non participant exerce hors du cadre du régime. Il fixe lui-même ses honoraires qui sont entièrement à la charge du bénéficiaire, celui-ci ne pouvant obtenir de remboursement de la Régie.

Les modes de rémunération

Divers modes de rémunération sont en vigueur dans les ententes actuelles pour les services rendus par les professionnels : la rémunération à l'acte, à salaire, à la vacation et à l'unité.

La rémunération à l'acte est largement utilisée dans le cas des services médicaux et dentaires et constitue le seul mode de rémunération des services optométriques et des services pharmaceutiques.

Les services rémunérés à la vacation ou à salaire s'avèrent de nature différente. En effet, la vacation est principalement destinée aux médecins qui exercent dans le cadre des programmes de santé communautaire, aux psychiatres attachés à un établissement, pour la rémunération des anesthésistes en région éloignée ainsi que pour la rémunération des services rendus par les omnipraticiens dans certaines circonstances particulières, par exemple à l'intérieur du système de visites d'urgence hors établissements dans la région du Montréal métropolitain, dans certains centres d'accueil d'hébergement, etc. En fait, la vacation consiste en une période de service de trois heures, payée à un tarif donné. Le salariat, ou honoraires fixes, s'applique aux médecins et aux dentistes nommés à temps plein (35 heures par semaine) ou à temps partiel (17½ heures par semaine) dans un établissement où ce type de rémunération est en vigueur, comme les centres locaux de services communautaires, les départements de santé communautaire et plusieurs départements de psychiatrie. Le salariat s'applique aussi aux résidents et aux internes pour les services qu'ils dispensent en établissement hospitalier dans le cadre de leur formation.

La rémunération à l'unité s'applique à certains services offerts en milieu hospitalier, telles les analyses de laboratoire.

Il est à noter que dans le cas des médicaments et des prothèses, la rémunération du dispensateur couvre à la fois le coût du bien lui-même et le coût des services professionnels.

La rémunération différenciée et les autres mesures incitatives

Pour remédier au problème de l'insuffisance des médecins dans les régions éloignées et isolées du Québec le ministre de la Santé et des Services sociaux, par arrêté ministériel publié à la *Gazette officielle* après consultation des organismes représentatifs des professionnels de la santé, désigne les territoires qu'il estime insuffisamment pourvus de professionnels de la santé. Dans le but de mieux répartir ces derniers sur l'ensemble du territoire du Québec, un système de rémunération différenciée est mis en place. Les honoraires payés aux médecins sont augmentés ou réduits pour une période donnée en fonction du territoire, lieu d'exercice et type d'activité professionnelle.

C'est ainsi que dans les territoires où il y a pénurie, la rémunération des omnipraticiens et des spécialistes qui s'y installent a été fixée respectivement à 115 % et à 120 % de la rémunération de base prévue aux ententes. Ceux qui, par contre, s'installent dans des régions déjà bien pourvues sont rémunérés à 70 % de la rémunération de base pour les trois premières années d'exercice.

Par ailleurs, d'autres mesures incitatives ont été introduites dans les ententes. Elles consistent en des versements de primes d'éloignement et en remboursement de frais de déménagement, de ressourcement et de sorties.

Annexe 4

Les mécanismes de contrôle

L'administration des programmes du régime d'assurance-maladie et de ceux qui sont confiés à la Régie par d'autres ministères ou organismes nécessite un ensemble de mécanismes de contrôle portant sur l'admissibilité des bénéficiaires, la conformité, l'authenticité, la fréquence ou la pertinence des services payés par la Régie.

Au cours du processus de traitement des demandes de paiement, diverses validations sont effectuées afin de vérifier la conformité des données avec les exigences de la loi, des règlements, des ententes et des accords. Elles ont trait notamment aux bénéficiaires, aux dispensateurs de services, aux services eux-mêmes et aux honoraires demandés. Elles consistent essentiellement en la traduction, dans les systèmes informatisés, des diverses dispositions de la loi, des règlements, des ententes et des accords et permettent de s'assurer que :

- les bénéficiaires sont admissibles ;
- les dispensateurs de services ont le droit d'être rémunérés ;
- les services dont le paiement est demandé sont assurés ;
- les honoraires demandés correspondent aux tarifs et aux règles d'application afférentes ;
- les services n'ont pas déjà été payés (double facturation) ;
- les honoraires n'ont pas été payés plus d'une fois pour le même service à des professionnels différents ;
- les services ne sont pas inclus dans d'autres services dont le paiement a déjà été demandé ou qui ont déjà été payés, etc.

Ces validations peuvent donner lieu à des annulations ou à des refus de paiement, ou encore à des rectifications des honoraires demandés ou déjà payés.

Les mécanismes de contrôle qui entrent en jeu après le paiement complètent la vérification de la conformité des services et permettent, en plus de s'assurer de leur authenticité, d'en observer la fréquence ou la pertinence.

Selon les résultats obtenus, diverses mesures peuvent être prises en fonction du type d'irrégularité.

L'admissibilité des bénéficiaires

La vérification de l'admissibilité s'effectue :

- lorsqu'il y a doute sur l'admissibilité de la personne qui s'inscrit ;
- au cours du processus de traitement des demandes de paiement présentées par les professionnels de la santé et par les autres dispensateurs de services ;
- lorsque le bénéficiaire demande le remboursement du coût des services assurés qu'il a reçus au Québec ou hors du Québec ;
- pour s'assurer que les bénéficiaires ont conservé leur statut de personnes qui résident au Québec.

Lorsqu'une personne est déclarée non admissible et que la Régie a fait des paiements pour elle au cours de la période où elle n'était pas admissible, une étude du dossier est effectuée en vue de recouvrer de cette personne les sommes dues. La Régie peut également intenter des poursuites judiciaires contre les personnes qui ont obtenu ou reçu sciemment le bénéfice de services auxquels elles n'avaient pas droit.

La conformité

La conformité est l'adéquation entre les honoraires demandés et la nature des services dispensés. Le contrôle consiste en des analyses de profils de facturation qui peuvent être complétées par des entrevues avec les bénéficiaires ou les dispensateurs de services dont le dossier est étudié, ou par des enquêtes. S'il est prouvé que les honoraires demandés ne correspondent pas à la nature des services fournis, la Régie procède à des rectifications d'honoraires par compensation ou autrement s'ils ont été payés, ou elle refuse de les payer.

Les professionnels peuvent formuler un grief qui est tranché par le conseil d'arbitrage.

La Régie peut également intenter des poursuites judiciaires, soit sommaires, soit criminelles.

L'authenticité

La vérification de l'authenticité consiste à s'assurer auprès des bénéficiaires que les services dont le paiement est demandé par un professionnel de la santé ou par un autre dispensateur de services ou qui lui ont été payés ont réellement été rendus.

La Régie procède par sondages et aussi par vérification des plaintes dont elle peut être saisie. En cas de déclaration de services non reçus, un nouveau sondage est fait auprès d'autres clients du professionnel de la santé ou d'un autre dispensateur de services et une recherche plus poussée peut mener à une entrevue avec celui-ci ou à une enquête; parfois les deux sont nécessaires.

Si, après enquête, la Régie conclut notamment que les services payés n'ont pas été rendus, qu'ils ont été faussement décrits ou que le professionnel de la santé ne les a pas fournis lui-même, elle peut alors recouvrer les sommes payées en trop, par compensation ou autrement. Il appartient alors au professionnel de la santé de prouver devant le tribunal compétent que la décision de la Régie est non fondée. Des poursuites judiciaires peuvent être intentées. Dans la majorité des cas, elles le sont en vertu de la Loi sur les poursuites sommaires et les amendes sont versées au Fonds consolidé du Revenu ; les autres poursuites sont intentées en vertu du Code criminel. Dans ce dernier cas, si le professionnel de la santé plaide coupable ou est reconnu coupable de l'accusation portée contre lui, la Régie doit, dès que le jugement définitif est prononcé, émettre une ordonnance écrite aux termes de laquelle ce professionnel est considéré comme non participant au régime pour une période de six mois s'il s'agit d'une première infraction, ou de douze mois s'il s'agit d'une nouvelle infraction.

Les dispensateurs de services autres que les professionnels de la santé peuvent faire l'objet de recouvrement des sommes payées en trop ou de poursuites en justice. La Régie peut également mettre fin à l'accord qu'elle a conclu avec des dispensateurs de services.

La fréquence ou la pertinence

Le contrôle de la fréquence ou de la pertinence permet de s'assurer que les services fournis aux bénéficiaires étaient requis aux points de vue médical, optométrique, dentaire ou pharmaceutique selon la catégorie de professionnels, et que, par conséquent, ils n'ont pas été fournis plus fréquemment que nécessaire ou dispensés de façon abusive.

Pour ce faire, la Régie constitue des profils individuels de pratique à partir des données de facturation. Ces profils comportent, entre autres, les données suivantes:

- le coût total des services rendus;
- le coût moyen par bénéficiaire;
- le nombre moyen d'actes par bénéficiaire;
- la fréquence de certains actes spécifiques;
- le coût moyen des actes;
- la répartition des bénéficiaires selon le sexe et l'âge.

Le profil de chaque professionnel de la santé est comparé au profil du groupe auquel il appartient, ce qui permet de l'évaluer par rapport à celui de ses confrères de même discipline exerçant dans des conditions semblables.

En règle générale, tous les profils individuels qui s'écartent de façon importante de la moyenne observée dans les groupes témoins sont analysés.

Si on ne peut expliquer les écarts observés, une entrevue a lieu avec le professionnel en cause pour obtenir les explications nécessaires. Si les écarts ne peuvent être expliqués ni justifiés, le dossier est remis:

- au service des Enquêtes et Vérification s'il y a doute quant à la conformité ou à l'authenticité des services;
- à la corporation professionnelle si la qualité des services est mise en doute;
- au comité de révision pertinent, après vérification de l'authenticité et de la conformité des services, le cas échéant, si la Régie est d'avis que les services assurés dont le professionnel a reçu paiement n'étaient pas requis au point de vue médical, dentaire ou optométrique et que, par conséquent, ils ont été fournis plus fréquemment que nécessaire ou dispensés de façon abusive.

  Le comité de révision qui est saisi de cet avis fait une recommandation à la Régie après étude du dossier et celle-ci doit rendre une décision motivée et en informer le professionnel de la santé, sa corporation professionnelle ainsi que la fédération ou l'association dont il relève.

  Si le professionnel de la santé se croit lésé, il peut interjeter appel devant la Commission des affaires sociales; il lui appartient alors de prouver que la décision de la Régie n'est pas fondée, sauf si elle n'est pas conforme à la recommandation du comité de révision, auquel cas le fardeau de la preuve incombe à la Régie.

Mécanismes de contrôle

Aspect	But	Forme	Mesure	Recours des professionnels
1. Conformité	Adéquation entre honoraires demandés et services dispensés	• Profils de facturation • Entrevues ou • Enquêtes auprès – des bénéficiaires – des dispensateurs de services • Études de situations	• Recouvrement des honoraires payés • Refus de payer • Messages • Poursuites en justice	Griefs
2. Authenticité	Confirmation de la prestation des services	• Sondages • Entrevues ou enquêtes auprès – des bénéficiaires – des dispensateurs de services • Études de situations	• Recouvrement des honoraires payés • Refus de payer • Poursuites en justice	Griefs ou recours devant le tribunal compétent
3. Fréquence ou pertinence	Justification des services sur le plan – médical – dentaire – optométrique – pharmaceutique	• Profils de pratique • Entrevues avec les professionnels • Transmission au comité de révision pour avis en cas de profil irrégulier • Études de situations	• Recommandation du comité de révision • Décision de la Régie	Appel à la Commission des affaires sociales